



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO

RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES MENDES

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

Recife-PE

2023

RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES MENDES

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

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial à obtenção do título de Doutora 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. Francisca Márcia Pereira Linhares.

Coorientadora: Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira.

Recife-PE

2023

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

M538v Mendes, Ryanne Carolynne Marques Gomes.
Validação clínica do diagnóstico de enfermagem risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco / Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes – 2023.
250 p.

Orientadora: Francisca Márcia Pereira Linhares
Coorientadora: Suzana de Oliveira Manguiera
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2023.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Educação em saúde. 3. Estudo de validação. 4. Gestação de alto risco. 5. Relações materno-fetais. Linhares, Francisca Márcia Pereira (orientadora). II. Título.

610.73 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2023 - 205)

RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES MENDES

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

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: 30/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Cleide Maria Pontes (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Examinador Externo)
Universidade Federal do Ceará

Profª. Dra. Michelline Santos de França (Examinadora Externa)
Instituto Federal de Pernambuco

A **Deus** que sempre me guiou e abriu espaços frente às dificuldades.

A minha filha **Bruna Sofia** que, mesmo ainda no meu ventre, me mostra a força que tenho para conquistar meus sonhos.

A minha rede de apoio (meus pais **Sônia Maria** e **Risaldo Gomes**; meu irmão **Ricácio Luan** e meu esposo **Elizardo Mendes**) por todo o incentivo para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** que me fortaleceu para eu chegar ao fim desta etapa acadêmica. Ele que conhece todos os meus sonhos, me abençoa e me dá mais do que eu mereço. Por meio dEle aprendo que tudo acontece no tempo certo. À **Nossa Senhora e ao meu anjo da guarda** por sempre me protegerem e me abençoarem!

A minha filha **Bruna Sofia**, que mesmo ainda no meu ventre, me traz alegria, coragem e força para conquistar meus sonhos. Ela que me ensina a ser mãe. Sempre será tudo por você. Te amo, filha!

Aos meus pais **Sônia Maria e Risaldo Gomes**, que sempre me incentivaram e torceram por todas as minhas conquistas. O que eu sou hoje é reflexo da educação que eles me proporcionaram. São eles que me ensinam a ter fé, humildade e coragem; que estão comigo nas tristezas e nas alegrias. São eles que não soltam a minha mão. Portanto, tudo é por eles e para eles! Amo vocês!

Ao meu esposo **Elizardo Mendes**, que me incentiva, abre mão de tudo para eu conquistar meus objetivos e que acredita no meu potencial. Ele me deu a força que eu precisava para tentar o doutorado. É o que compreende as minhas ausências e que sempre aplaude as minhas conquistas. Não tenho palavras para agradecer por tanto! Te amo!

Ao meu irmão **Ricácio Luan** que foi o primeiro doutor da família e nos presenteou com a minha linda sobrinha **Ana Rita**. Com ele aprendo a enfrentar os meus medos e a tentar ir cada vez mais longe. Obrigada por fazer parte da minha vida e por me ensinar tanto! Te amo!

A minha orientadora **Profa. Dra. Francisca Márcia**, por todas as orientações, pelos conselhos e ensinamentos. Não sei como agradecer por todas as oportunidades e por todos os caminhos que a senhora me ensinou a trilhar. Foram essas oportunidades e esses caminhos que me fizeram crescer profissionalmente. Obrigada por todo apoio, incentivo, confiança e torcida. Serei sempre grata!

A minha coorientadora **Profa. Dra. Suzana Manguiera**, por todas as orientações e pelo carinho. Obrigada por acreditar no meu potencial, mesmo quando não acreditei. Obrigada por ter me incentivado a tentar o doutorado, por todas as oportunidades e por todos os ensinamentos, apoio, incentivo, confiança e torcida.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco** que me acolheu no mestrado e no doutorado. A coordenação, os docentes, os discentes e as secretárias foram essenciais para a minha formação pessoal e profissional.

Aos professores da banca de qualificação: **Profa. Dra. Ana Luisa, Profa. Dra. Cleide Pontes e Prof. Dr Marcos Lopes**, pelos direcionamentos desta pesquisa, pelas contribuições e sugestões. Vocês foram fundamentais!

Aos membros da pré-banca **Prof. Dr. Marcos Lopes, Profa. Dra. Michelline França, Profa. Dra. Cecília Frazão, Profa. Dra. Cleide Pontes e Profa. Dra. Sheila Coelho** pelas contribuições valiosas para esta tese. Agradeço pelas sugestões propostas na pré-banca e por se dedicarem à leitura cuidadosa. Vocês são referências na temática do estudo!

À **Profa. Dra. Cleide Pontes, Profa. Dra. Sheyla Costa e Profa. Ms. Fernanda Apolônio** por terem tirado um tempo para refletir e discutir sobre a minha pesquisa. Obrigada pela reunião. Foi por meio dela que tivemos um melhor direcionamento.

À **Júlia Cavalcante** e à **Jéssika Bernardo**, que fizeram parte da equipe de pesquisa e sempre estiveram dispostas a auxiliar na coleta de dados. Fico muito feliz em vê-las dando continuidade aos estudos.

Aos **juízes que avaliaram a Teoria de Médio Alcance**, que contribuíram para o aperfeiçoamento da teoria. Mesmo em um período de pandemia, em que muitos estavam cansados de ficar em tela de computador, estiveram dispostos a ler a teoria com cautela. Obrigada!

Às **gestantes de alto risco** que participaram da coleta de dados. Agradeço por contribuírem com esta pesquisa e por estarem dispostas a responder o questionário. Muitas passaram por diversas situações difíceis, mas mantiveram o sorriso no rosto. Isso me ensinou a ver os obstáculos de outra forma.

Aos professores **Sheila Coelho, Tatiane Guedes, Cecília Frazão e José Cristovam** que são meus colegas de trabalho e docentes admiráveis. Obrigada por todo o acolhimento. Quero seguir a carreira acadêmica e tenho aprendido muito com vocês sobre o processo ensino-aprendizagem.

Aos meus amigos, em nome de **Luan Marques**, que me escutaram, me apoiaram e me incentivaram. Obrigada pelas risadas em tempos difíceis. Vocês merecem todo o sucesso do mundo!

Aos grupos de pesquisa **Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família e Grupo de Estudos e Pesquisas em Inovação e Tecnologias do Cuidado (GEPITEC)** por todo aprendizado e todas as contribuições.

Aos **membros da Comissão de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Pernambuco**, que me

acolheram e que ampliaram o meu olhar sobre o Processo de Enfermagem. Venho aprendendo muito com vocês.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado concedida para realização desta pesquisa - "O presente trabalho foi realizado com apoio da CAPES - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001".

Esta tese é resultado de muito estudo, renúncias, esforço, dedicação, responsabilidade, força de vontade e persistência. Agradeço a todos que contribuíram e aos que não foram mencionados, mas que indiretamente fizeram parte desta conquista.

Gratidão!

RESUMO

A interrupção da relação simbiótica materno-fetal leva a um comprometimento da fisiologia gestacional e das interações afetivo-emocionais entre a mãe e o feto. No contexto do cuidar, é necessário operacionalizar o Processo de Enfermagem por meio da coleta de dados, com vistas a identificar Diagnósticos de Enfermagem e realizar intervenções de educação em saúde que promovam o autocuidado e previnam os desfechos gestacionais desfavoráveis. O objetivo desta pesquisa foi obter evidência de validade clínica do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Trata-se de um estudo de validação de Diagnóstico de Enfermagem realizado em três momentos: 1) Construção da Teoria de Médio Alcance Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco; 2) Avaliação da Teoria de Médio Alcance por meio do método Delphi, em que foram realizadas duas rodadas de avaliação - com sete e quatro juízes, respectivamente; e 3) Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado por meio de um estudo caso-controle (o grupo caso foi composto por 31 gestantes de alto risco identificadas com o desfecho “ruptura da relação simbiótica materno-fetal” e o grupo controle por 124 gestantes de alto risco identificadas sem o desfecho). Dois instrumentos de coleta de dados foram aplicados e continham as variáveis sociodemográficas/gineco-obstétricas e as definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos, que foram avaliados quanto à presença ou ausência. Os dados foram tabulados e validados no *software* Epi Info e analisados pelo *software* Stata. Este estudo teve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e do Hospital das Clínicas da universidade referenciada. A teoria foi representativa quanto ao conteúdo quando o Índice de Validade de Conteúdo dos itens foi $\geq 0,80$. Os fatores etiológicos foram considerados capazes de aumentar as chances para a ocorrência do desfecho quando o p-valor foi $< 0,05$ e a *Odds Ratio* > 1 . A Teoria de Médio Alcance foi construída e consta com 10 fatores de risco, quatro populações em risco e seis condições associadas, além de 14 proposições e um pictograma. Após duas rodadas de avaliação, a teoria foi considerada consistente. Na validação clínica, o fator de risco “Cuidado pré-natal ausente/inadequado” ($p=0,001$; $OR=4,44$); as populações em risco “Extremos de idade materna” ($p=0,002$; $OR=3,49$) e “Gestante desfavorecida economicamente” ($p=0,020$; $OR=2,55$); e as condições associadas “Condições maternas” ($p=0,020$; $OR=2,97$) e “Transferência de oxigênio ao feto comprometida” ($p<0,001$; $OR=75,4$) mostraram-se capazes de aumentar a chance para a ocorrência do desfecho. Conclui-se que a Teoria de Médio Alcance contribuiu para a identificação dos elementos estruturais do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-

feto perturbado e da relação causal entre os seus componentes. A evidência de validade clínica do diagnóstico em estudo foi obtida por meio da análise da associação dos fatores etiológicos com a ocorrência do desfecho. Os resultados contribuem para a prática clínica, o ensino e a pesquisa de enfermagem, para o aperfeiçoamento da Taxonomia da NANDA-I e para a implementação de ações educativas a gestantes de alto risco e suas famílias.

Palavras-chave: diagnóstico de enfermagem; educação em saúde; estudo de validação; gestação de alto risco; relações materno-fetais; teoria de enfermagem.

ABSTRACT

The interruption of the maternal-fetal symbiotic relationship leads to a compromise in the gestational physiology and in the affective-emotional interactions between the mother and the fetus. In the context of care, it is necessary to operationalize the Nursing Process through data collection, with a view to identifying Nursing Diagnoses and carrying out health education interventions that promote self-care and prevent unfavorable gestational outcomes. The objective of this research was to obtain evidence of the clinical validity of the Nursing Diagnosis Risk of disturbed mother-fetus binomial in high-risk pregnant women. This is a Nursing Diagnosis validation study carried out in three moments: 1) Construction of the Medium Range Theory Risk of disturbed mother-fetus binomial in high-risk pregnant women; 2) Evaluation of the Medium Range Theory using the Delphi method, in which two evaluation rounds were carried out - with seven and four judges, respectively; and 3) Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for disturbed mother-fetus binomial through a case-control study (the case group consisted of 31 high-risk pregnant women identified with the outcome “disruption of the maternal-fetal symbiotic relationship” and the control group by 124 high-risk pregnant women identified without the outcome). Two data collection instruments were applied and contained sociodemographic/gynecological-obstetric variables and conceptual and operational definitions of etiological factors, which were assessed for presence or absence. Data were tabulated and validated using Epi Info software and analyzed using Stata software. This study was approved by the Research Ethics Committees of the Federal University of Pernambuco and the Hospital das Clínicas of the referenced university. The theory was representative in terms of content when the Content Validity Index of the items was ≥ 0.80 . The etiological factors were considered capable of increasing the chances of the outcome occurring when the p-value was < 0.05 and the Odds Ratio > 1 . The Medium Range Theory was constructed and consists of 10 risk factors, four populations in risk and six associated conditions, in addition to 14 propositions and a pictogram. After two rounds of evaluation, the theory was found to be consistent. In the clinical validation, the risk factor “Absent/inadequate prenatal care” ($p=0.001$; $OR=4.44$); the populations at risk “Extremes of maternal age” ($p=0.002$; $OR=3.49$) and “Economically disadvantaged pregnant woman” ($p=0.020$; $OR=2.55$); and the associated conditions “Maternal conditions” ($p=0.020$; $OR=2.97$) and “Impaired oxygen transfer to the fetus” ($p<0.001$; $OR=75.4$) were able to increase the chance of occurrence of the outcome. It is concluded that the Medium-Range Theory contributed to the identification of the structural elements of the Nursing Diagnosis Risk for a disturbed mother-

fetus binomial and the causal relationship between its components. Evidence of clinical validity of the diagnosis under study was obtained by analyzing the association of etiological factors with the occurrence of the outcome. The results contribute to clinical practice, teaching and nursing research, to the improvement of the NANDA-I Taxonomy and to the implementation of educational activities for high-risk pregnant women and their families.

Keywords: nursing diagnosis; health education; validation study; high risk pregnancy; maternal-fetal relations; nursing theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Procedimento para coleta de dados da validação clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.....	77
Figura 2 –	Pictograma da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.....	86
Figura 3 –	Pictograma da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco alterado após a avaliação dos juízes. Recife, PE, Brasil, 2023.....	98
Figura 4 -	Fluxograma da coleta de dados. Recife, PE, Brasil, 2023.....	189
Quadro 1 -	Critérios utilizados na avaliação da TMA. Recife, PE, Brasil, 2023.....	62
Quadro 2 -	Critérios para a classificação dos juízes responsáveis por avaliar a TMA. Recife, PE, Brasil, 2023.....	67
Quadro 3 -	Classificação do nível de perícia para definição do número de avaliadores da TMA. Recife, PE, Brasil, 2023.....	68
Quadro 4 -	Conceitos primários e secundários da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.....	81
Quadro 5 -	Definições conceituais dos atributos. Recife, PE, Brasil, 2023.....	82
Quadro 6 -	Definições conceituais dos conceitos secundários. Recife, PE, Brasil, 2023.....	83
Quadro 7 -	Relação causal entre os conceitos primários e secundários da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.....	84
Quadro 8 –	Relação entre os conceitos da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.....	85
Quadro 9 -	Relação causal entre os conceitos primários e secundários da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco após a avaliação dos juízes. Recife, PE, Brasil, 2023.....	97

Quadro 10 – Proposição da estrutura do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado após validação clínica com gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.....	111
Quadro 11 - Regras para preenchimento do instrumento de dados. Recife, PE, Brasil, 2023.....	192

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da caracterização dos juízes que avaliaram a Teoria de Médio Alcance. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7).....	90
Tabela 2 – Avaliação da Teoria de Médio Alcance. Recife, PE, Brasil, 2022. (n=7).....	92
Tabela 3 – Índice de Validade de Conteúdo da Teoria de Médio Alcance ponderado por nível de expertise. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7).....	93
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica das participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023 (n=155).....	100
Tabela 5 – Caracterização clínica das participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155).....	103
Tabela 6 - Distribuição dos fatores de risco entre as participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155).....	106
Tabela 7 – Distribuição das populações em risco entre as participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155).....	107
Tabela 8 – Distribuição das condições associadas entre as participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155).....	109
Tabela 9 - Modelo de regressão logística reduzido e ajustado para o Risco de binômio mãe-feto perturbado, considerando as variáveis sociodemográficas, clínicas, fatores de risco, populações em risco e condições associadas das gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Artrite Reumatoide
ASSIST	<i>Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AT	Avaliação da Teoria
AU	Altura Uterina
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Alcohol</i>
BCF	Batimentos Cardíacos Fetal
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COB	Centro Obstétrico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DP	Desvio Padrão
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EF	Ensino Fundamental
EM	Ensino Médio
FCI	Fator Condicionante Intrínseco
FCE	Fator Condicionante Extrínseco
FI	Fase Intermediária
FP	Fase Preparatória
HC	Hospital das Clínicas
HELLP	<i>Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes e Low Platelet count</i>
HGT	<i>Hemo Glucose Test</i>

IC	Intervalo de Confiança
IIQ	Intervalo Interquartilico
IMC	Índice de Massa Corpórea
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU	Infecção do Trato Urinário
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
MED	Mediana
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MÍN	Mínimo
MP	Média dos postos
MÁX	Máximo
NAA	Núcleo de Apoio Administrativo
NANDA-I	<i>NANDA International</i>
NEDEQ	Núcleo de Dependências Químicas
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pressão Arterial
PBF	Perfil Biofísico Fetal
PE	Processo de Enfermagem
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PROGESTA	Programa de Apoio à Gestante Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
POP	Procedimento Operacional Padrão
RH	Rhesus
SAF	Síndrome do Alcoolismo Fetal
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SM	Salário Mínimo
STROBE	<i>Statement—Checklist of items that should be included in reports of case-control studies</i>

SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TMA	Teoria de Médio Alcance
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USG	Ultrassonografia

LISTA DE SÍMBOLOS

Dl	Decilitro
Kg	Quilo
M	Metro
Mg	Miligrama
n	Amostra
P	Nível de significância
Z	Teste Mann-Whitney
W	Teste Shapiro-Wilk
=	Igual
$Z_{1-\beta}$	Poder medido em contagens
>	Maior
\geq	Maior ou igual
<	Menor
\leq	Menor ou igual
%	Porcentagem
®	Marca registrada
l	Desvio padrão, Intervalo Interquartilico ou Média ponderada
†	Intervalo interquartilico, Categoria de referência ou mediana ponderada
‡	Descontado erro de polarização dos juizes ou Desvio Padrão
*	Observação ou Não calculado
$X^{2\text{\$}}$	Teste Exato de Fisher
‡	Categoria não incluída nas análises em razão de baixa amostragem
R ²	Coefficiente de determinação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
2	TESE.....	31
3	OBJETIVOS.....	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	33
4.1	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.	33
4.2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO E A RUPTURA DA RELAÇÃO SIMBIÓTICA.....	37
4.3	A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PERÍODO GESTACIONAL.....	39
4.4	MODELO GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM E TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	44
4.5	VALIDAÇÃO CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	52
5	MÉTODO.....	58
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	58
5.2	PRIMEIRA ETAPA: CONSTRUÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	58
5.2.1	Definição da abordagem de construção da Teoria de Médio Alcance...	58
5.2.2	Definição dos modelos teórico-conceituais a serem analisados.....	59
5.2.3	Definição dos conceitos principais da Teoria de Médio Alcance.....	59
5.2.4	Desenvolvimento de um esquema pictorial.....	60
5.2.5	Construção das proposições da Teoria de Médio Alcance.....	60
5.2.6	Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática.....	61
5.3	SEGUNDA ETAPA: AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE..	62
5.3.1	Fase Preparatória.....	62
5.3.2	Fase Intermediária e Fase de Avaliação da Teoria.....	64
5.3.2.1	Seleção do tipo de Delphi.....	64

5.3.2.2	Definição de papéis: coordenador e/ou avaliador primário e avaliadores secundários.....	64
5.3.2.3	Localização e seleção dos candidatos avaliadores.....	65
5.3.2.4	Convite aos candidatos avaliadores.....	66
5.3.2.5	Categorização dos juízes baseado no princípio da sabedoria coletiva e na perícia e composição da equipe.....	66
5.3.2.6	Estabelecimento do número de rodadas no Delphi e critérios de interrupção.....	69
5.3.2.7	Definição de critérios de descarte de itens de avaliação.....	70
5.3.2.8	Definição dos critérios de alcance de consenso e estabilidade das respostas.....	70
5.3.2.9	Orientações específicas para realização da avaliação teórica.....	71
5.4	TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	71
5.4.1	Local de estudo.....	73
5.4.2	População e amostra.....	74
5.4.3	Critérios de inclusão e de exclusão.....	75
5.4.4	Instrumento de coleta de dados.....	75
5.4.5	Procedimento para coleta de dados.....	77
5.4.5.1	Capacitação para coleta de dados.....	77
5.4.5.2	Teste piloto.....	78
5.4.5.3	Definição dos grupos caso/controle e coleta de dados.....	78
5.4.6	Organização e análise dos dados.....	79
5.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	80
6	RESULTADOS.....	81
6.1	CONSTRUÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	81
6.2	AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	89
6.2.1	Caracterização dos juízes.....	89
6.2.2	Avaliação da Teoria de Médio Alcance.....	92
6.3	VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	99
6.3.1	Caracterização sociodemográfica das gestantes de alto risco.....	100
6.3.2	Caracterização clínica das gestantes de alto risco.....	102
6.3.3	Validação clínica dos fatores de risco.....	105

6.3.4	Validação clínica das populações em risco.....	107
6.3.5	Validação clínica das condições associadas.....	108
7	DISCUSSÃO.....	113
7.1	CONSTRUÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	113
7.2	AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	125
7.3	VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM....	130
8	CONCLUSÃO.....	139
	REFERÊNCIAS.....	142
	APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS JUÍZES.....	174
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A COLETA DE DADOS VIRTUAL.....	176
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	180
	APÊNDICE D – INSTRUÇÕES PARA RESPONDER O INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	186
	APÊNDICE E – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO....	188
	APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PARTE 1.....	197
	APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PARTE 2.....	200
	APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS.....	209
	APÊNDICE I – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS.....	212
	APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS.....	215
	APÊNDICE K – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS.....	219
	APÊNDICE L – CARTA DE ANUÊNCIA DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA.....	221
	APÊNDICE M – CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	222

APÊNDICE N – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	224
APÊNDICE O – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR.....	225
ANEXO A – VALIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS DA AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	226
ANEXO B - <i>STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES IN EPIDEMIOLOGY</i>.....	227
ANEXO C - <i>ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION</i>.....	229
ANEXO D - <i>ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST</i>.....	230
ANEXO E - TESTE DE FAGERSTRÖM.....	232
ANEXO F - VALIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA.....	234
ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.....	235
ANEXO H – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.....	245

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional na maioria das vezes perpassa sem complicações, mas quando apresenta fatores determinantes que trazem maleficência para a mãe e/ou feto, a gestação torna-se de alto risco e requer maior atenção e acompanhamento. Neste contexto, a mulher pode desenvolver problemas gestacionais que levam a morbidade e/ou mortalidade materna e fetal (ANTUNES *et al.*, 2017; JANTSCH *et al.*, 2017; MCCOYD; MUNCH; CURRAN, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2018; PEREIRA, 2018; MIRZAKHANI *et al.*, 2020; SIGURÐARDÓTTIR *et al.*, 2023).

Mesmo com o estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pela Organização das Nações Unidas (ONU), com a meta de assegurar os direitos reprodutivos e o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, a taxa de morbimortalidade materna e fetal ainda é elevada (WHO, 2019).

No mundo, aproximadamente 295.000 mulheres morrem por ano devido às causas evitáveis relacionadas à gestação (WHO, 2019) e, entre os anos 2017 e 2019, ocorreram 41.788 óbitos fetais em virtude das complicações gestacionais (CDC, 2020). No Brasil, ocorrem cerca de 50 mil óbitos maternos para cada 100 nascidos vivos e seis óbitos fetais a cada 1.000 nascidos vivos por ano (BRASIL, 2012; BRASIL, 2022). Destaca-se que dados preliminares indicam que houve aumento dessas taxas entre os anos 2020 e 2021 devido à pandemia da Covid-19 (BRASIL, 2022).

A gestação de alto risco ocorre em 15% das mulheres e é definida como a ameaça ao bem-estar do binômio mãe-feto devido a um conjunto de condições clínicas, obstétricas e/ou sociais que geram complicações gestacionais ou desfechos desfavoráveis, tais como a prematuridade e o óbito fetal (BRASIL, 2012; BRASIL, 2022; SILVA *et al.*, 2023; SZYHTA *et al.*, 2023).

A prematuridade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, é caracterizada pelo nascimento de bebês antes das 37 semanas gestacionais (WHO, 2018; BRASIL, 2022). Estes podem ser classificados em: prematuro extremo (menos de 28 semanas); muito prematuro (28 a 32 semanas); e pré-termo moderado a tardio (32 a 36 semanas e sete dias) (WHO, 2018). Mundialmente, sua ocorrência é grande e, no Brasil, está em torno de 11%, sendo a principal causa a rotura prematura das membranas (BRASIL, 2022).

O óbito fetal, também conhecido como morte fetal, é caracterizado pela OMS como a perda gestacional a partir da 28ª semana (WHO, 2020). Já o Ministério da Saúde o caracteriza

como a morte do concepto que ocorre a partir da 20^a semana em que o peso fetal é maior ou igual a 500 gramas e/ou estatura é maior ou igual a 25 centímetros (BRASIL, 2022). Tanto a prematuridade quanto o óbito fetal são provocados por fatores de risco que podem ser minimizados por meio da atenção pré-natal (ANTUNES *et al.*, 2017; MCCOYD; MUNCH; CURRAN, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2018; PEREIRA, 2018; SILVA *et al.*, 2019; KA; VENKATESH; KAPOOR, 2023; MENDES *et al.*, 2023).

A assistência pré-natal deve ser qualificada, humanizada e hierarquizada de acordo com o risco gestacional (BRASIL, 2022). Nessa assistência, os profissionais da área da saúde atuam nas repercussões sobre a mãe e o concepto e reconhecem precocemente os fatores de risco gestacionais, com a finalidade de evitar a evolução desfavorável do binômio mãe-feto e de prevenir as complicações que colocam em risco a saúde materna e fetal (ERRICO *et al.*, 2018; MCCOYD; MUNCH; CURRAN, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2023).

Dentre esses profissionais, destaca-se o enfermeiro que identifica as gestantes de alto risco e realiza o cuidado de enfermagem frente a fatores de risco. Quando esses fatores não são identificados ou tratados precocemente, podem causar uma maior gravidade, sobretudo no final da gestação ou durante o trabalho de parto e parto (ERRICO *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2023). Essa identificação deve ser realizada de forma contínua e dinâmica, uma vez que quanto mais fatores de risco forem identificados, maior será o risco obstétrico, o que implica maior vigilância e cuidado (BRASIL, 2022).

No período gestacional, outras ações implementadas pelo enfermeiro são: consulta periódica de enfermagem no pré-natal; identificação de problemas reais e potenciais das gestantes; elaboração do planejamento do cuidado que possibilita identificar a avaliação de riscos clínicos e obstétricos; e encaminhamento à unidade de referência ambulatorial ou hospitalar (nos casos de gestação de alto risco) (ERRICO *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019; AMORIM *et al.*, 2022).

O enfermeiro identifica os fatores de risco gestacionais, os quais por vezes relacionam-se às características individuais, à história reprodutiva anterior, às doenças e condições clínicas preexistentes, às intercorrências da gestação e às condições sociodemográficas desfavoráveis (BRASIL, 2022). Essa identificação pode ser por meio da consulta de enfermagem, durante a implementação das ações de educação em saúde que visam atender as necessidades e particularidades do binômio mãe-feto (AMORIM *et al.*, 2017; ERRICO *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

As ações de educação em saúde permitem a consciência crítica, a qual contribui para a transformação da realidade, de modo a estimular as gestantes de alto risco ao autocuidado e conduzi-las ao protagonismo frente ao período gestacional (MENDES *et al.*, 2023). Ainda, possibilitam minimizar as complicações gestacionais e subsidiam as mulheres e suas famílias na tomada de decisões de saúde a fim de favorecer o bem-estar materno-fetal (OLIVEIRA *et al.*, 2018; CARDOSO *et al.*, 2019; NUNES *et al.*, 2019; EL SAYED *et al.*, 2020; BRASIL, 2022).

Durante o cuidado, o enfermeiro pode sistematizar a assistência de enfermagem por meio da operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), ferramenta científica de trabalho que subsidia a promoção de um cuidado contínuo e de qualidade (MIRANDA *et al.*, 2023). O PE permite a implementação de intervenções de modo que as necessidades das pessoas sejam atendidas a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem e do planejamento da assistência (AMORIM *et al.*, 2017; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021; MIRANDA *et al.*, 2023).

Por ser um elemento importante do PE, pois norteia o cuidado e subsidia o planejamento da assistência, o Diagnóstico de Enfermagem (DE) deve esclarecer a natureza exata dos problemas e fornecer dados precisos para a elaboração e implementação das intervenções de enfermagem, com vistas a estabelecer uma assistência eficaz (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

O DE deve ter elementos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, populações em risco e/ou condições associadas) relevantes. Acrescenta-se que a definição e o título devem ser precisos e claros, pois auxiliam na identificação e diferenciação de outros diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Os diagnósticos de enfermagem estão estruturados nos sistemas de classificação (taxonomias), entre eles a *NANDA International* (NANDA-I), que utiliza o raciocínio e o julgamento clínico dos enfermeiros para diagnosticar as respostas humanas acerca da susceptibilidade, dos problemas de saúde e dos processos de vida reais e potenciais. Essa taxonomia permite o uso de uma linguagem padronizada para melhor comunicar o fenômeno de interesse da prática de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A 12ª edição da Taxonomia da NANDA-I (2021-2023) apresenta 267 diagnósticos de enfermagem e recomenda que sejam revisados por estudos de validação e pesquisas sobre os fatores de risco para a ocorrência do diagnóstico. A NANDA-I é utilizada na prática assistencial, na pesquisa e no ensino para a identificação de DE em diversas populações (TAVARES *et al.*, 2019; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021), a exemplo do

diagnóstico Risco de binômio mãe-feto perturbado, que pode ser identificado em gestantes de alto risco (GOMES, 2019).

Alguns estudos citam a identificação do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado na população de gestantes de alto risco (SILVA *et al.*, 2018; COSSI, 2019; TELES *et al.*, 2019). Outros abordam as consequências do binômio mãe-feto perturbado para a gestação, o que inclui os seus aspectos biopsicossociais (ERICKSON; JULIAN; MUZIK, 2019; MATTHIES *et al.*, 2020; PISONI *et al.*, 2020). Porém, ainda não foram realizados estudos de validação clínica para este DE (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

O DE Risco de binômio mãe-feto perturbado está inserido no domínio sexualidade e na classe reprodução; e é definido pela Taxonomia da NANDA-I como a “susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação, que pode comprometer a saúde” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021, p. 351).

Esse DE foi inserido na NANDA-I em 2008 e possui nível de evidência 2.1, que corresponde ao diagnóstico que foi aceito para publicação e inclusão na taxonomia, uma vez que a literatura foi citada para a sua definição e para os seus fatores de risco (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Salienta-se que podem ser realizadas pesquisas de validação do DE para aumentar o nível de evidência. A validação consiste em utilizar evidências e teorias que fundamentam a interpretação adequada do DE para um determinado uso clínico (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Em estudo prévio, realizado nos anos 2018 e 2019, foram realizadas as duas primeiras etapas da validação do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestante de alto risco: a análise do conceito “binômio mãe-feto”, em que foram identificados os antecedentes (fatores de risco, populações em risco e condições associadas) que o afetam negativamente e os atributos definidores do conceito (vínculo entre a mãe e o feto e a relação simbiótica materno-fetal). Posteriormente, foi realizada a validação de conteúdo desses fatores etiológicos por especialistas da área (GOMES, 2019).

O título e os elementos do DE devem ter clareza, para que este seja identificado com precisão na prática clínica (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Os atributos do DE em estudo foram avaliados e foi sugerida a alteração do título “Risco de binômio mãe-feto perturbado” para “Risco de binômio mãe-feto prejudicado”, a fim de diminuir as repercussões relacionadas ao termo “perturbado” (GOMES, 2019).

A falta de clareza do título do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado pode ser evidenciada pela própria Taxonomia da NANDA-I, a qual traz que o termo “perturbado”

significa algo que não está operando normalmente ou adequadamente, e que se desvia das normas do comportamento social de forma considerada ruim; enquanto que o termo “prejudicado” corresponde a uma função que está enfraquecida ou danificada (HERDMAN; KAMITSURU; 2018), o que seria mais adequado para o DE em estudo, uma vez que a função placentária pode estar enfraquecida ou danificada e ocasionar a ruptura da relação simbiótica mãe-feto.

A 12ª edição da NANDA-I apresenta esse DE com o título em inglês “*Risk for disturbed maternal-fetal dyad*”. No idioma português, o título está: “Risco de distúrbio do binômio mãe-feto” em vez de “Risco de binômio mãe-feto perturbado”, conforme consta na 11ª edição. Essa nova tradução do título em português se dá pelo fato da taxonomia está adotando termos padronizados pela *United States National Library of Medicine - Medical Subject Headings* (MeSH) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Em relação à definição do DE, a partir dos atributos e dos antecedentes encontrados na análise de conceito e das inconsistências verificadas na Taxonomia da NANDA-I acerca da clareza do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, foi sugerida e validada por especialistas a seguinte definição: “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” (GOMES, 2019, p. 69).

Ressalta-se que a relação simbiótica na vida intrauterina, ao considerar o aspecto biológico, ocorre por meio da placenta e corresponde à troca de oxigênio e de nutrientes. A placenta funciona como um agente da simbiose, pois desempenha funções respiratórias, nutritivas, excretórias, endócrinas e imunológicas para manutenção do bem-estar do binômio mãe-feto (GUTTMACHER; MADDOX; SPONG, 2014; BALLER *et al.*, 2019; FILIZOLA *et al.*, 2019; PARISH, 2021).

Em relação aos elementos do DE em estudo, na validação de conteúdo dos fatores etiológicos obtiveram-se 10 fatores de risco: abuso de álcool; uso de drogas ilícitas; cuidado pré-natal ausente/inadequado; tabagismo; violência; apoio do parceiro ausente/insuficiente; apoio social ausente/insuficiente; ganho de peso gestacional insatisfatório; sobrepeso e obesidade (GOMES, 2019). Desses, três constam na 12ª edição da Taxonomia da NANDA-I com outras nomenclaturas, a saber: abuso de substâncias, cuidado pré-natal inadequado e abuso não abordado (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Outros elementos obtidos são as quatro populações em risco: pré-eclâmpsia na gestação anterior, extremos de idade materna, gestante com baixo nível educacional e gestante

desfavorecida economicamente (GOMES, 2019). Ainda não há nenhuma população em risco para o DE em estudo na referida taxonomia (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Também foram identificadas seis condições associadas: complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, regime de tratamento, transferência de oxigênio ao feto comprometida, doenças maternas e condições materna (GOMES, 2019). As quatro primeiras condições associadas mencionadas constam na edição atual da Taxonomia da NANDA-I, sendo a alteração do metabolismo da glicose com nomenclatura diferente: distúrbios do metabolismo da glicose (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Portanto, a realização da terceira etapa, a validação clínica de DE, se faz necessária para testar esses achados na população de gestantes de alto risco. Essa validação é fundamental ao conhecimento e à prática do enfermeiro, principalmente por promover a confiabilidade da utilização do diagnóstico na assistência, na pesquisa e no ensino de enfermagem. Além de colaborar com a precisão diagnóstica, o que contribuirá para o julgamento clínico acurado do enfermeiro (LOPES; SILVA, 2016; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A validação clínica surge como elemento essencial à estruturação do DE, visto que contribui para inferência diagnóstica, ao expressar com maior fidedignidade a relação desfecho-paciente-DE. Além disso, tem a finalidade de verificar a validade dos elementos do diagnóstico e reduzir as lacunas existentes na Taxonomia da NANDA-I (LOPES; SILVA, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2021).

Para contribuir com a precisão diagnóstica, neste estudo, também foi construída uma Teoria de Médio Alcance (TMA) para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, a qual objetivou reduzir a lacuna existente entre a pesquisa e a prática de enfermagem na assistência a essa população (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; LOPES; SILVA, 2016; BRANDÃO *et al.*, 2019; BRANDÃO *et al.*, 2020).

A TMA se refere a um conjunto de ideias relacionadas acerca de um determinado fenômeno, que permite identificar os elementos do DE e estabelecer relações causais entre os conceitos, de forma a explicar e definir a ocorrência de determinada resposta humana ou a susceptibilidade à tal resposta (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; LOPES; SILVA, 2016; BRANDÃO *et al.*, 2019; BRANDÃO *et al.*, 2020).

A teoria desenvolvida teve como base o Modelo teórico-conceitual de Dorothea Orem (do autocuidado, do déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem) (OREM, 2001) e contribuirá para explicar o fenômeno de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

A construção da TMA geralmente ocorre na primeira etapa de validação de DE (LOPES; SILVA, 2016). Entretanto, nesta pesquisa, foi desenvolvida antes da etapa de validação clínica, com a finalidade de trazer informações que possam apoiar a prática de enfermagem e a identificação dos fatores etiológicos do DE, e contribuir para o entendimento das relações causais que podem afetar o binômio mãe-feto.

Também foi realizada a avaliação da TMA por meio do método Delphi. Esta é uma abordagem inovadora para a avaliação de Teorias de Enfermagem e é caracterizada por enfatizar a comunicação entre indivíduos com *expertise*, com vistas a buscar a opinião dos juízes e atingir um consenso (BOREL *et al.*, 2021).

A construção e avaliação da TMA contribuem para o avanço do estado da arte acerca do fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, pois esclarecerá as relações causais desse fenômeno, principalmente à prática assistencial do enfermeiro que é necessária para promover a saúde, a vida e o bem-estar materno-fetal.

Para realização desta pesquisa, foram considerados a definição e os fatores etiológicos que foram validados em 2019 pelos especialistas (GOMES, 2019), bem como a conotação biológica da “relação simbiótica materno-fetal”, dado que os fatores etiológicos a serem validados clinicamente em gestantes de alto risco estão mais voltados a esse aspecto.

Os resultados deste estudo contribuirão tanto para o aperfeiçoamento da Taxonomia da NANDA-I quanto para o avanço do conhecimento em saúde e fornecerão mais validade ao DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, a qual consiste no estabelecimento de evidências para utilizá-lo em uma população específica. Acrescenta-se que produzirão evidências científicas consistentes que podem incorporar o conhecimento do DE em estudo na prática clínica, na pesquisa e no ensino de enfermagem, principalmente para a compreensão do fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco e para a operacionalização do PE.

Este estudo contempla o eixo “Saúde Materno Infantil” da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) e o terceiro ODS (saúde e bem-estar) estabelecido pela ONU, o qual tem por finalidade assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar às pessoas (PNUD, 2022).

Neste seguimento, os resultados possibilitarão a identificação do DE e a implementação de intervenções de educação em saúde às gestantes de alto risco e as suas famílias. As ações educativas possibilitarão a promoção do autocuidado e do bem-estar do binômio mãe-feto, a prevenção dos fatores de risco gestacionais modificáveis e a minimização das complicações ocasionadas pelos fatores não modificáveis.

O conhecimento científico sobre as complicações da gestação de alto risco, as inconsistências da Taxonomia da NANDA-I acerca do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, a incipiência de TMA voltada ao binômio mãe-feto e a ausência de estudos a respeito da validação clínica deste diagnóstico, estimularam o desenvolvimento desta tese. Destarte, suscita-se o seguinte questionamento de pesquisa: Qual a evidência de validade clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco estruturado a partir de uma TMA?

2 TESE

A evidência de validade clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco estruturado a partir de uma TMA permite a identificação dos fatores etiológicos associados à ruptura da relação simbiótica materno-fetal.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Obter evidência de validade clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir uma TMA acerca da relação entre os elementos constituintes do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado e os conceitos do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem;
- Verificar com os juízes a adequação do conteúdo da TMA;
- Analisar a associação dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado com a ocorrência da ruptura da relação simbiótica materno-fetal em gestantes de alto risco.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados cinco tópicos: Gestação de alto risco: assistência de enfermagem; DE Risco de binômio mãe-feto perturbado e a ruptura da relação simbiótica; O enfermeiro e a prática de educação em saúde no período gestacional; Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem e Teoria de Médio Alcance; e Validação clínica de diagnóstico de enfermagem

4.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A gestação é um processo fisiológico, natural e dinâmico, caracterizado por alterações biopsicossociais que geralmente ocasionam desfechos bem-sucedidos. As mulheres que têm potenciais riscos durante a gestação, trabalho de parto e parto são caracterizadas como gestantes de alto risco (ANTUNES *et al.*, 2017; HOLNESS, 2018; SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018; SONCINI, 2019; MIRZAKHANI *et al.*, 2020; SIGURÐARDÓTTIR *et al.*, 2023).

A gestação de alto risco é definida quando qualquer condição médica ou obstétrica inesperada está associada aos riscos para o binômio mãe-feto (BRASIL, 2022). Esse tipo de gestação pode ocasionar resultados desfavoráveis inesperados, tais como: o nascimento prematuro, o óbito materno e/ou fetal e o aborto espontâneo (SCIBERRAS *et al.*, 2017; FONSECA *et al.*, 2022; BRASIL, 2022).

A OMS estima que, no mundo, cerca de 15% das gestantes são de alto risco, as quais necessitam de cuidados especializados ou de intervenções obstétricas (WHO, 2017; WHO, 2019). A prevalência de gestações de alto risco está relacionada à presença de condições e doenças como hipertensão arterial, infecções maternas, obesidade e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (LEAL *et al.*, 2017; ERRICO *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019; BRASIL, 2022).

Anualmente, a gestação de alto risco afeta muitas mulheres. Por ocasionar prejuízos ao binômio mãe-feto, a maioria dessas mulheres requer cuidado complexo que envolve modificações nos hábitos de vida; suporte farmacológico e técnico; e até mesmo a hospitalização (SANTOS; SOARES, 2018; ANTONIAZZI; SIQUEIRA; FARIAS, 2019).

Além das consequências para mãe e feto, a gestação de alto risco pode causar repercussões emocionais e sociais para suas famílias, tais como: alterações na dinâmica familiar; ansiedade, depressão, medo, estresse, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT),

mudança na vida conjugal, impacto na renda financeira, absenteísmo no trabalho, desemprego e repercussões nas gestações subsequentes (FERNÁNDEZ-SOLA *et al.*, 2020).

Esse tipo de gestação está cada vez mais presente na realidade da assistência à saúde e, nessa fase, a gestante e a família podem ter diversos sentimentos, expectativas e pensamentos acerca dos riscos materno-fetais, o que pode ocasionar sérios problemas relacionados à saúde mental (HOLNESS, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019; VIEIRA *et al.*, 2019).

No contexto da gestação de alto risco, a família deve ser incluída no processo de cuidar, uma vez que as gestantes estão mais susceptíveis a ocorrência de desfechos desfavoráveis e precisam de apoio para realizar os cuidados relacionados à saúde. A rede de apoio familiar pode auxiliar positivamente na maneira como as mulheres enfrentam essa situação, o que contribuirá para o bem-estar do binômio mãe-feto (AZEVEDO; HIRDES; VIVIAN, 2020).

Os fatores que aumentam o risco gestacional, de acordo com o Ministério da Saúde, podem ser preexistentes ou os que surgem durante a gestação (BRASIL, 2022). Os preexistentes são relativos às características individuais ou sociodemográficas desfavoráveis; à história reprodutiva anterior; e às condições clínicas prévias ou que surgem durante a gestação (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; TELES *et al.*, 2019).

As características individuais que podem ocasionar o risco gestacional são: idade materna menor que 15 anos e maior que 40 anos, obesidade com Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 40, baixo peso no início da gestação – IMC menor que 18, transtornos alimentares e dependência ou uso abusivo de tabaco, álcool e outras drogas (BRASIL, 2022).

A história reprodutiva anterior está relacionada aos seguintes fatores que podem causar risco ao binômio mãe-feto: abortamento espontâneo de repetição, parto prematuro, restrição do crescimento fetal, óbito fetal, insuficiência istmo cervical, isoimunização ao fator Rhesus (Rh), placenta acreta e síndromes hipertensivas (BRASIL, 2022).

As condições prévias à gestação são: hipertensão arterial crônica, diabetes *mellitus*, tireoidopatias, cirurgia bariátrica, transtornos mentais, tromboembolismo, cardiopatias maternas, doenças hematológicas, nefropatias, neuropatias, hepatopatias, doenças autoimunes, ginecopatias, câncer, transplantes e infecção pelo vírus HIV (BRASIL, 2022).

Os fatores que surgem durante a gestação são caracterizados por afecções ou complicações durante esse período, tais como: DMG, hipertensão gestacional, hemorragia, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, infecções urinárias, macrosomia, cálculo renal, restrição do crescimento uterino, alterações no líquido amniótico, insuficiência istmo cervical, placenta acreta, hepatopatia, anemia, malformação ou arritmia fetal, doenças infecciosas, câncer, transtorno

mental, descolamento de placenta e ruptura prematura de membranas (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; TELES *et al.*, 2019; BRASIL, 2022).

O termo “risco” no contexto gestacional refere-se à probabilidade da ocorrência de um evento indesejado que pode estar relacionado aos aspectos biopsicossociais e ocasionar desfechos desfavoráveis para o binômio mãe-feto, o que afeta negativamente as adaptações fisiológicas e metabólicas do organismo gravídico. Esse risco pode impactar o vínculo materno-fetal e sua relação simbiótica (BEZERRA, 2017; GOMES, 2019; GOMES *et al.*, 2022).

Ao identificar uma gestação de alto risco e/ou os fatores de risco gestacionais, deve-se desenvolver ações de educação em saúde que venham a reduzir a morbimortalidade materna e/ou fetal - considerada altamente evitável (MENDES *et al.*, 2023). Para que isso ocorra, as gestantes de alto risco são encaminhadas para os serviços de referências e/ou especializados que são responsáveis pelo acompanhamento dessas mulheres e dos seus respectivos fetos (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019).

Essas gestantes não podem perder o vínculo com a Atenção Primária à Saúde (APS), visto que é o serviço que inicia o pré-natal e é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas ações que ocorrem neste serviço não são oferecidas na atenção especializada. Portanto, deve-se haver esse vínculo para acompanhar o crescimento e desenvolvimento do feto por meio da equipe multiprofissional de saúde: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos da família e da comunidade (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; BRASIL, 2022).

A atenção ao pré-natal às gestantes de alto risco tem características e protocolos específicos, a fim de assegurar o desenvolvimento da gestação sem causar impacto para a saúde materna e fetal, com abordagens psicossociais e ações educativas. A realização desse cuidado é necessária para melhorar os resultados maternos ou neonatais e para controlar e prevenir os resultados adversos (CASTRO *et al.*, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2019; SOARES; HIGARASHI, 2019).

O SUS contribui para a qualidade do acompanhamento pré-natal por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000) e da Rede Cegonha (BRASIL, 2011), implantados pelo Ministério da Saúde. Depois da implementação desses programas, nas últimas décadas, teve-se uma melhora no que diz respeito à assistência à saúde das gestantes (CASTRO *et al.*, 2019; FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2019).

Os objetivos do pré-natal são: acolher a gestante, realizar tratamentos dos indicadores de risco gestacional, imunizar, prevenir o agravamento ou os surgimentos de riscos e realizar

ações educativas, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade materna e fetal (GUERRA; VALETE; ALVES, 2018). No Brasil, recomenda-se a realização de no mínimo seis consultas pré-natais periódicas para acompanhar o crescimento e desenvolvimento do feto (BRASIL, 2000; BRASIL, 2022).

O enfermeiro e os outros profissionais de saúde podem fornecer um cuidado pré-natal apropriado e de qualidade. A equipe de saúde pode realizar a assistência de forma eficaz de modo a identificar quais os fatores que ocasionaram a gestação de alto risco, orientar a gestante e identificar as possíveis complicações que podem ocorrer posteriormente (CASTRO *et al.*, 2019).

A assistência às gestantes de alto risco pode ser realizada por uma equipe multiprofissional que tenha o objetivo de minimizar os riscos para o binômio mãe-feto, sendo a qualidade dessa assistência diretamente relacionada à redução da morbimortalidade materna e fetal (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017; BRASIL, 2022).

O cuidado multiprofissional é importante, pois a maioria das gestantes requer múltiplas intervenções. Dentre os profissionais da área da saúde, destacam-se os enfermeiros, que têm buscado melhorar seus conhecimentos técnicos e científicos para criar estratégias de qualidade no cuidado de enfermagem à saúde dessa população (CASTRO *et al.*, 2019).

A assistência dos enfermeiros é essencial para a manutenção da saúde tanto da gestante quanto do feto, sob respaldo legal e conhecimento técnico-científico. Esse profissional pode orientar as gestantes e suas famílias acerca da importância do cuidado pré-natal, desenvolver ações de educação em saúde e identificar os riscos gestacionais precocemente (JACOB, 2019; MENDES *et al.*, 2023).

O enfermeiro não realiza consultas de pré-natal de alto risco, conforme a Resolução nº 516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (COFEN, 2016). Mas, pode acompanhar as gestantes de alto risco em serviços de referência e/ou especializados, identificar os reais problemas da gestação e definir o DE para implementar o cuidado (TELES *et al.*, 2019).

As gestantes de alto risco têm necessidades específicas e possuem vários diagnósticos de enfermagem em comum. Com a identificação de DE, pode-se planejar e implementar as intervenções de enfermagem com a finalidade de garantir uma assistência à saúde de qualidade, prevenir as complicações gestacionais e promover a saúde materna-fetal (TELES *et al.*, 2019).

Os diagnósticos de enfermagem mais identificados nesse público são: Sobrepeso; Obesidade; Constipação; Ansiedade; Náusea; Dor aguda; Nutrição desequilibrada; Conhecimento deficiente; Processos familiares disfuncionais; Risco de glicemia instável; Risco

de baixo autoestima situacional; Risco de infecção; Risco de maternidade prejudicada e Risco de binômio mãe-feto perturbado (TELES *et al.*, 2019).

4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO E A RUPTURA DA RELAÇÃO SIMBIÓTICA

O enfermeiro pode atuar na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e as suas famílias ao prescrever a assistência de enfermagem e prestar os cuidados por meio da implementação das etapas do PE: coleta de dados, identificação de DE, elaboração do planejamento da assistência de enfermagem, implementação de intervenções e avaliação de enfermagem (COFEN, 2015).

O DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, em inglês *Risk for disturbed dyad maternal/fetal*, consta na Taxonomia da NANDA-I, está inserido no domínio sexualidade e na classe reprodução, e trata-se de um diagnóstico de risco, pois refere-se a um julgamento clínico em relação à suscetibilidade do binômio mãe-feto (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Para esse diagnóstico, não há fatores relacionados, nem características definidoras, uma vez que retrata a vulnerabilidade de um indivíduo a algum problema que ainda não está presente. Tem-se os seguintes elementos: fatores de risco e condições associadas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Na 12ª edição da Taxonomia da NANDA-I (2021-2023), o DE tem três fatores de risco: abuso de substâncias, cuidado pré-natal inadequado e abuso não abordado; e quatro condições associadas: distúrbios do metabolismo da glicose, complicação gestacional, regime de tratamento e transferência de oxigênio ao feto comprometida. Nenhuma população em risco consta para esse DE na referida taxonomia (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Nos anos 2013 e 2017, foram realizadas revisões para a definição e o título desse DE, com a finalidade de refinar o conceito, de modo a refletir as evidências mais recentes, pois antes o diagnóstico era traduzido para o português como Risco de díade mãe-feto prejudicada e a definição trazia o termo “binômio simbiótico”, o que não permitia dar clareza ao diagnóstico. Pelo fato da terminologia da NANDA-I ser traduzida para mais de 20 idiomas, os termos abstratos interferiam na compreensão do DE (LOURENÇO, 2019; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021)

O conhecimento dessa evolução do DE na NANDA-I permite compreender as alterações que foram realizadas ao longo dos anos (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Em

estudo prévio, executado no período de 2018 a 2019, foi realizada a análise do conceito “binômio mãe-feto” (núcleo conceitual do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado) e a validação de conteúdo dos fatores etiológicos desse diagnóstico, com especialistas da área (GOMES, 2019).

Os atributos encontrados para o conceito binômio mãe-feto foram: a “relação simbiótica materno-fetal” e o “vínculo entre a mãe e o feto”. A partir da validação de conteúdo, foram evidenciados os elementos: 10 fatores de risco, seis condições associadas e quatro populações em risco (GOMES, 2019).

Os fatores de risco são as causas que influenciam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um determinado problema de saúde. As populações em risco são os grupos de indivíduos que são susceptíveis a uma determinada resposta humana; e as condições associadas são os fatores que não são modificáveis independentemente pelo enfermeiro. Todos esses elementos dão precisão ao DE e subsidiam o raciocínio diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Ao considerar o DE em estudo, tem-se que o Risco de binômio mãe-feto perturbado nem sempre foi identificado e prevenível, visto que até o início do século XX as mulheres não tinham atendimento obstétrico adequado e o conhecimento sobre o que ocorria no interior do útero era escasso (RIBEIRO; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2017; PEREIRA, 2018; ROCHA *et al.*, 2020).

Com a descoberta do exame de Ultrassonografia (USG), no final do referido século, foi possível conhecer mais sobre a vida intrauterina e detectar malformações fetais ou placentárias. O acompanhamento do binômio mãe-feto passou a ser sistematizado, o que reduziu significativamente os problemas futuros (PEREIRA, 2018; ROCHA *et al.*, 2020).

Os avanços na tecnologia da USG permitem detalhar a relação simbiótica entre o crescimento/desenvolvimento placentário e fetal, além de evidenciar as complicações gestacionais e a homeostase do binômio mãe-feto, que é importante para manter o bem-estar, a vida e a saúde do feto (BALLER *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2020).

Além da USG, o monitoramento dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), a cardiotocografia anteparto, a cardiotocografia computadorizada, o Perfil Biofísico Fetal (PBF) e a dopplervelocimetria obstétrica permitem avaliar o bem-estar fetal e se a simbiose do binômio mãe-feto está em perfeito funcionamento (BRASIL, 2022).

Essa homeostase é essencial para manter a relação simbiótica mãe-feto que ocorre desde a concepção, durante as adaptações fisiológicas e metabólicas que visam atender as necessidades do crescimento e desenvolvimento fetal. O feto, nesse caso, é uma unidade do

complexo simbiótico materno-placentário-fetal, visto que seu desenvolvimento seria impossível de ocorrer sem a mãe (ALONSO *et al.*, 2017; LONGO, 2020).

O desenvolvimento fetal não ocorre sem a presença das mudanças fisiológicas maternas, deve-se haver uma simbiose harmoniosa do binômio mãe-feto. Em contextos patológicos, podem ocorrer alterações que interrompem essa simbiose, devido às complicações gestacionais, e pode-se ter alterações no crescimento e desenvolvimento do feto, além da ocorrência da prematuridade e do óbito fetal (ALONSO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017; BRASIL, 2020; LONGO, 2020; BRASIL, 2022)).

O agente da simbiose mantém a gestação e promove o desenvolvimento do feto. Síndromes hipertensivas gestacionais, diabetes *mellitus*, idade materna avançada, obesidade, hipóxia, estresse e doenças maternas podem ocasionar alterações placentárias e, conseqüentemente, comprometer a relação simbiótica do binômio mãe-feto (DIMASUAY *et al.*, 2016; SALGE *et al.*, 2017; GOMES, 2019; GOMES *et al.*, 2020; PARISH, 2021).

Devido às condições maternas adversas, há alterações no meio intrauterino. Em resposta a essas alterações, ocorrem mudanças na estrutura e na função placentária, o que interfere no transporte do fluxo sanguíneo, no suprimento de nutrientes e na secreção de hormônios, e provoca a ruptura da simbiose mãe-feto (DIMASUAY *et al.*, 2016; GOMES, 2019; GOMES *et al.*, 2020; PARISH, 2021).

Quando ocorre a ruptura da relação simbiótica mãe-feto, em decorrência de vários fatores, tem-se a interrupção da troca placentária e a ocorrência de desfechos desfavoráveis, tais como a prematuridade e o óbito fetal, em que a saúde, a vida e o bem-estar do feto ficam comprometidos (GUTTMACHER; MADDOX; SPONG, 2014; ENEBE; OFOR; OKAFO, 2019; GOMES, 2019; GOMES *et al.*, 2020; PARISH, 2021).

Sabe-se que os cuidados pré-natais e a realização de ações de educação em saúde durante o período gestacional são fatores relevantes para a prevenção precoce desses eventos adversos, visto que contribuem com a promoção da saúde, da vida e do bem-estar materno-fetal (SILVA *et al.*, 2019; MENDES *et al.*, 2023).

4.3 O ENFERMEIRO E A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PERÍODO GESTACIONAL

Na gestação de alto risco, qualquer alteração pode ocasionar danos para a mulher e/ou para o feto. Além disso, as gestantes podem apresentar dúvidas, tensões, estresse e medos devido ao risco gestacional, os quais na maioria das vezes esses sentimentos também estão

presentes nas suas famílias e podem ser minimizados por meio da assistência pré-natal, que deve incluir as necessidades e a realidade das mulheres e dos seus familiares, tornando-os mais confiantes e seguros (PEREIRA, 2018; MENDES *et al.*, 2023).

No período gestacional é necessário que a mulher tenha uma assistência pré-natal holística por meio da realização de ações de educação em saúde com enfoque na promoção da saúde e na prevenção de complicações gestacionais ocasionadas por fatores de risco que contribuem para a evolução desfavorável do binômio mãe-feto (MAGALHÃES *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2023).

Essas complicações podem ser identificadas no nível primário de atenção à saúde (Atenção Básica) e podem ser resolvidas nos níveis secundário e terciário. Porém, por vezes, essa atenção é desafiadora devido à necessidade da construção de um relacionamento interpessoal, sendo necessário que a assistência de enfermagem ultrapasse as técnicas, valorize a escuta e estabeleça uma abordagem holística e educativa (PEREIRA, 2018; MAJELLA *et al.*, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2019).

Para prevenir as complicações gestacionais, é necessário realizar um acompanhamento cuidadoso e fornecer informações às gestantes acerca das intercorrências e cuidados necessários (MENDES *et al.*, 2023), a fim de minimizar seus anseios e dúvidas, pois a ausência ou o inadequado cuidado pré-natal contribuem para o surgimento de complicações na gestação que podem interferir no crescimento fetal e no bem-estar materno (MAGALHÃES *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019).

A prevenção de agravos gestacionais, além dos serviços de saúde, pode ocorrer no âmbito escolar. Assim, as escolas podem se tornar espaços para a realização de ações educativas voltadas à prevenção da gravidez na adolescência, que na maioria das vezes é considerada como de alto risco, uma vez que essas mulheres estão em processo de desenvolvimento. Às adolescentes gestantes, os enfermeiros escolares ou que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) podem orientá-las para o autocuidado e incentivá-las a realizarem acompanhamento nos níveis de atenção básica e hospitalar (ALMEIDA *et al.*, 2021; BATISTA *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2022).

Os cuidados que a gestante adota atingem de maneira direta o desenvolvimento do feto, por isso ela deve procurar precocemente pela assistência à saúde, para que as práticas de educação em saúde possam ser desenvolvidas nas consultas pré-natais por meio de orientações e aconselhamentos (GARCIA *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2023).

Os profissionais da área da saúde, a exemplo dos enfermeiros, além de desempenharem a humanização do cuidado, devem estar preparados para prevenir e minimizar as possíveis

complicações gestacionais e os sérios riscos tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde do concepto por meio de práticas educativas (GARCIA *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2019; MAZETTO *et al.*, 2020).

As práticas educativas no período gestacional incluem condutas de prevenção de doenças e/ou de outros agravos e de promoção à saúde materno-fetal. Têm por finalidade a formação e o desenvolvimento da consciência crítica da gestante e de sua família, além de estimular a busca de soluções para os problemas e a participação ativa do sujeito, pois fornecem a aquisição de saberes e o fortalecimento da saúde (GARCIA *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2023).

A educação em saúde desenvolve-se por meio de ações de ensino-aprendizagem e torna-se uma estratégia potencializadora do cuidado de enfermagem pois, no contexto gestacional, favorece uma gestação tranquila e um melhor vínculo e relação entre a mãe e o feto (GARCIA *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2019; MENDES *et al.*, 2023).

O enfermeiro pode realizar a educação em saúde nas consultas de pré-natal às mulheres e suas famílias; promover um cuidado humanizado e amplo; e permitir o empoderamento das gestantes, de forma a possibilitar a discussão de temas que se originam, visto que esse processo tem por finalidade contribuir para a construção da autonomia (ALVES *et al.*, 2019).

As práticas educativas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva. Ambas constituem um espaço de discussão sobre questões relevantes do período gestacional, principalmente as que são relacionadas aos riscos desse período e que causam complicações maternas e fetais (ALVES *et al.*, 2019).

Em relação ao desenvolvimento de ações educativas nos grupos de gestantes, tem-se que as atividades grupais promovem uma maior aproximação e interação das mulheres com os profissionais de saúde, bem como a criação de vínculos de confiança, que são elementos necessários para a humanização da assistência (MAGALHÃES *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2019).

Essas atividades permitem que as gestantes reconheçam seu pertencimento e identificação na coletividade, e possibilitam a troca de vivências para que compreendam os reais problemas e enfrentem os desafios acerca do risco para o binômio mãe-feto (MAGALHÃES *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2019).

O grupo de gestantes é um espaço importante para discutir assuntos que não foram abordados nas consultas individuais de pré-natal, visto que o enfermeiro pode criar um espaço dialógico, reflexivo e participativo. Pode-se discutir e compartilhar questões como: alimentação

saudável, preocupações gestacionais, autocuidado, abuso de substâncias e cuidados pré-natais (ALVES *et al.*, 2019).

Nos grupos de gestantes, os seus acompanhantes também podem participar das práticas de educação em saúde. Esses grupos por vezes permitem o empoderamento, envolvem membros da família no gerenciamento do cuidado e possibilitam adquirir conhecimento e fortalecer as atitudes, com o objetivo de melhorar a saúde coletiva e individual. Assim, cada pessoa é responsável pela sua saúde nesse processo de horizontalidade (FIORAVANTE; QUELUCI, 2017).

As ações educativas também podem ser realizadas às famílias das gestantes de alto risco, já que o risco gestacional gera repercussões aos familiares. A educação em saúde nesse contexto tem como objetivo reduzir os anseios, as angústias, as preocupações e os medos. Ademais, têm por finalidade incentivar o apoio familiar, que é essencial para o bem-estar físico e psicológico do binômio mãe-feto (GREGORIO; MARIOT, 2019; BADAQSH *et al.*, 2020; ILSKA; PRZYBYLA-BASISTA, 2020).

As informações fornecidas acerca da gestação de alto risco auxiliam os parceiros e os membros familiares a lidarem com o fenômeno. Ademais, intervenções direcionadas a aumentar o apoio social e do parceiro são necessárias para melhorar a saúde, a vida e o bem-estar materno-fetal (FRIEDMAN *et al.*, 2020; PHOOSUWAN *et al.*, 2020).

O apoio familiar e do parceiro às gestantes de alto risco é fundamental para prevenção de resultados adversos (PHOOSUWAN *et al.*, 2020; SUN *et al.*, 2020). Esse suporte pode reduzir a ansiedade, o estresse e as complicações gestacionais, e influenciar as tomadas de decisões, o gerenciamento das complicações obstétricas e as mudanças dos comportamentos relacionados à saúde (MARDIYANTI *et al.*, 2020).

As ações de educação em saúde às famílias e aos parceiros, permitem a obtenção do conhecimento acerca das complicações gestacionais, o que contribui para o reconhecimento precoce dos riscos gestacionais, e para a procura aos serviços de atenção à saúde e a obtenção de resultados favoráveis (MARDIYANTI *et al.*, 2020).

Outras abordagens também podem ser utilizadas, tais como: o uso de tecnologias educacionais, as quais vêm permitindo uma maior interação entre os enfermeiros, os usuários e suas famílias, o que motiva a gestante a adquirir hábitos saudáveis e evita o risco de complicações gestacionais (FIORAVANTE; QUELUCI, 2017; CARDOSO *et al.*, 2019).

Acrescenta-se o uso da metodologia da problematização como prática educativa, em que por meio da observação da realidade, observa-se o problema a fim de alcançar uma solução para posteriormente implementar alguma intervenção. Nesse tipo de ação educativa é

observado o problema da realidade da gestante para posteriormente aplicar a solução com a finalidade de transformá-la (FIORAVANTE; QUELUCI, 2017; SILVA *et al.*, 2017; BORGES *et al.*, 2020).

O cuidado de enfermagem precisa atender às necessidades e especificidades da gestante e proporcionar a escuta qualificada, o esclarecimento de dúvidas, a atenção à família, a aprendizagem e a troca de conhecimentos, com a finalidade de garantir a participação ativa da mulher e valorizar as suas vivências, crenças e valores (FIORAVANTE; QUELUCI, 2017; MENDES *et al.*, 2023).

É importante realizar práticas de promoção à saúde, visto que as gestantes estão susceptíveis aos riscos que envolvem a gestação e que, quando esses riscos não são minimizados ou evitados, pode-se desenvolver a gestação de alto risco (GARCIA *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2023). Portanto, a realização da educação em saúde é essencial, uma vez que há a interação entre as gestantes e os profissionais de saúde; e há momentos para esclarecimento de dúvidas, para trocas de experiências e conhecimentos, e para compreensão acerca do período gestacional (LEAL *et al.*, 2020).

Os enfermeiros devem estar dispostos a ouvir, identificar os possíveis problemas e conhecer qual a melhor conduta, pois isso contribui para a qualidade de vida das gestantes. E devem orientar as gestantes de forma clara e compreensiva para oferecer subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, e favorecer a participação da gestante no processo do autocuidado (FERREIRA-JÚNIOR *et al.*, 2018; PEREIRA, 2018; AMORIM *et al.*, 2022).

A assistência às gestantes de alto risco deve ser realizada por profissionais da área de saúde capacitados, habilitados e aptos no manejo das complicações gestacionais. O enfermeiro desempenha papel fundamental em todos os níveis do sistema de saúde, pois colabora com a precisão diagnóstica, com acolhimento psicoemocional e com orientações por meio de ações educativas (ALVES *et al.*, 2021).

O papel educativo do enfermeiro contribui para as mudanças de comportamentos, pois desperta nas pessoas o senso crítico em relação à saúde e ao autocuidado por meio de orientações. Nas ações educativas, o diálogo, o respeito e a autonomia podem ser praticados, pois as gestantes não são meras receptoras de informações (FERREIRA-JÚNIOR *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2023).

As ações de educação em saúde têm a finalidade de ampliar o engajamento para o autocuidado, para que a gestante possa aderir aos esquemas terapêuticos e à prevenção dos riscos gestacionais. Essas ações podem ser realizadas no cuidado de enfermagem, de forma a valorizar as gestantes e suas famílias (BRASIL, 2022).

O cuidado de enfermagem às gestantes de alto risco pode utilizar como base o Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem (OREM, 2001), com vistas a promover o autocuidado, minimizar a suscetibilidade da ruptura da relação simbiótica mãe-feto e promover o bem-estar, a vida e a saúde materna-fetal (LIMA *et al.*, 2017; REZAEAN *et al.*, 2020).

4.4 MODELO GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM E TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

O primeiro livro sobre o Modelo Geral de Enfermagem, desenvolvido por Dorothea Elizabeth Orem, foi publicado em 1971 (OREM, 1971). Esse modelo visa estabelecer a necessidade do cuidado de enfermagem, que é determinada pela capacidade do indivíduo em manter a quantidade e a qualidade do autocuidado e apresenta três teorias inter-relacionadas: a do Autocuidado, a do Déficit de autocuidado e a dos Sistemas de enfermagem (OREM, 2001; HERNÁNDEZ; PACHECO; LARREYNAGA, 2017; HERNÁNDEZ, 2019) – o déficit de autocuidado é o conceito central das três teorias (OREM, 2001; PARKER; SMITH, 2010; FAWCETT, 2012).

Na Teoria do Autocuidado, Orem (2001) explica o que é o cuidado de si e aborda os vários aspectos que afetam a sua provisão. Na teoria do Déficit do Autocuidado, aborda quando e o porquê a enfermagem é necessária para subsidiar o indivíduo. E na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, enfatiza como as necessidades do autocuidado do indivíduo são preenchidas pela enfermagem, pelo paciente ou por ambos.

Essas três teorias têm seis conceitos centrais: autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, déficit de autocuidado, serviço de enfermagem e sistemas de enfermagem. Há um conceito periférico: fatores condicionantes básicos. Esses conceitos auxiliam na compreensão do Modelo Geral de Enfermagem (OREM, 2001).

O primeiro conceito central, o autocuidado, é definido por Orem (2001) como a realização de ações que a pessoa desempenha para si mesmo com a finalidade de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Ao realizar essas ações, a pessoa auxilia na manutenção estrutural e funcional do organismo. Quando o autocuidado não é realizado, surgem doenças, condições patológicas e até mesmo a morte (SILVA; SOUSA; ARAÚJO, 2017; MENDES *et al.*, 2023).

O segundo conceito central, ação de autocuidado, é caracterizado pela capacidade humana ou pelo poder da pessoa de se comprometer com o autocuidado. Essa capacidade pode ser afetada por alguns fatores condicionantes básicos intrínsecos e extrínsecos (conceitos periféricos) (OREM, 2001).

Os conceitos periféricos abordados na teoria são: faixa etária, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, condições socioculturais, aspectos dos sistemas de atendimento de saúde (diagnósticos ou tratamentos), padrões de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos (OREM, 2001).

O terceiro conceito central, demanda terapêutica, refere-se ao total de ações de autocuidado a serem implementadas, em alguma duração, com a finalidade de alcançar as metas estabelecidas com a utilização uso de métodos e operações válidas. Essa demanda é delineada na ação deliberada, a qual é desempenhada no intuito de gerar eventos e resultados que beneficiem de maneira específica as pessoas (OREM, 2001).

Para que haja a demanda terapêutica, Orem (2001) também aborda três elementos de exigência, dimensões ou requisitos de autocuidado (ações direcionadas à provisão do autocuidado), os quais são: requisitos universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio da saúde.

Os requisitos universais se relacionam ao processo da vida em todas as fases do desenvolvimento, à manutenção da estrutura do organismo e ao funcionamento do corpo humano. São comuns a todos os sujeitos e são fatores que se relacionam e se influenciam, pois cada fator pode afetar outro (OREM, 2001).

Esses requisitos são: a manutenção de uma ingestão suficiente de água e de alimentos; a manutenção da inspiração adequada a provisão de cuidados associados ao processo de eliminação; a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, a solidão e a interação social; a prevenção dos prejuízos à vida do indivíduo, ao funcionamento e bem-estar do ser humano; e a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano (OREM, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento podem estar associados às condições ou aos eventos novos que ocasionam períodos de adaptação e podem retratar expressões dos requisitos universais de autocuidado como, por exemplo, a adaptação às modificações no corpo. Esses requisitos também estão associados ao processo de desenvolvimento humano e às condições que ocorrem durante vários estágios do ciclo da vida, a exemplo da gestação (OREM, 2001; FAWCETT, 2012).

Os requisitos dos desvios de saúde estão presentes e são exigidos quando há a demanda do autocuidado em situações de doença e de lesões ou pode ser consequência das necessidades impostas pelo médico para diagnosticar ou tratá-las. Esses são: a pessoa deve buscar assistência adequada; estar consciente da sua condição clínica, da medida terapêutica imposta e dos efeitos e resultados das condições patológicas; atender às medidas terapêuticas, reabilitativas e diagnósticas prescritas; aceitar seu estado de saúde e a necessidade de assistência; e aprender a

viver com os efeitos das condições ou do estado patológico, com as consequências do diagnóstico médico e com o tratamento (OREM, 2001).

O quarto conceito central, o déficit do autocuidado, é caracterizado quando a pessoa não consegue realizar ações de autocuidado. Os cuidados de enfermagem podem ser necessários quando ocorre a redução dessas ações, quando medidas terapêuticas são incorporadas ou quando o indivíduo precisa se recuperar de condições de saúde/doenças (OREM, 2001).

Para Orem (2001), a enfermagem pode ajudar as pessoas de forma a proporcionar o autocuidado de diversas formas, como: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio para o desenvolvimento pessoal; e ensinar.

O quinto conceito central, serviço de enfermagem, é necessário quando há a redução das habilidades da pessoa para o autocuidado, quando medidas terapêuticas são acrescentadas e quando o indivíduo precisa se recuperar de alguma condição clínica e precisa do auxílio dos enfermeiros (OREM, 2001).

O sexto conceito central, o sistema de enfermagem, é baseado na necessidade de autocuidado e na capacidade da pessoa desempenhar tal ação. Ocorre quando se tem o déficit do autocuidado e quando precisa do autocuidado para a manutenção do funcionamento ideal. É necessário que ocorra as definições das ações de enfermagem e a seleção dos sistemas de enfermagem a serem utilizados no planejamento da assistência de enfermagem (OREM, 2001).

Essas ações de enfermagem são análogas às ações de autocuidado, visto que ambas representam as características das ações deliberadas. Todavia, se diferem no sentido de que a ação de enfermagem é implementada para o bem-estar do outro, enquanto a ação do autocuidado é implementada para benefício próprio (OREM, 2001).

Orem (2001) classificou os sistemas de enfermagem, com a finalidade de preencher os requisitos de autocuidado, em: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação. A mesma pessoa pode necessitar de um ou mais sistemas.

O sistema totalmente compensatório consiste na ação de enfermagem, a qual pode ser implementada por pessoas capacitadas que auxiliem os indivíduos nas demandas do autocuidado. O indivíduo é incapaz de realizar as ações de autocuidado e é dependente dos outros para dar continuidade a sua existência e o seu bem-estar (OREM, 2001).

O sistema parcialmente compensatório se refere à ao cuidado que pode ser realizado tanto pela pessoa quanto pelo enfermeiro. Ambos são responsáveis pelo desempenho das ações

e das medidas de cuidado para o bem-estar do outro e de autocuidado para o próprio bem-estar (OREM, 2001).

O sistema de enfermagem apoio-educação, também conhecido como sistema de apoio desenvolvimental, é caracterizado pela pessoa ser capaz de desempenhar o autocuidado ou quando ela pode aprender a desempenhá-lo, com auxílio do profissional no ensino dessas ações. O papel de enfermagem visa auxiliar o indivíduo na tomada de decisão, no controle de comportamentos e na obtenção de conhecimentos e habilidades (OREM, 2001).

O Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem concentra-se nas ações determinadas pelo indivíduo para atender as demandas de autocuidado e nas ações determinadas pelo enfermeiro para implementar sistemas de enfermagem que venham auxiliar as pessoas que têm limitações nas habilidades do cuidado de si (FAWCETT, 2012).

Os conceitos metaparadigmáticos (ser humano, ambiente, enfermagem e saúde) são refletidos nos conceitos do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem. O ser humano é definido como um receptor de cuidado (alguém que está sob o cuidado do profissional da área de saúde e também cuida de si mesmo) (FAWCETT, 2012).

Em relação ao ambiente, Orem (2001) afirma que as condições ambientais podem interferir positivamente ou negativamente na vida, saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades. E a enfermagem se preocupa com a necessidade de ações de autocuidado, com o objetivo de promover a saúde e subsidiar a recuperação de doenças e injúrias – é um serviço que ajuda os seres humanos. Já a saúde, é representada pelo conceito de estado de saúde, vida e bem-estar das pessoas, os quais são caracterizados pela integridade do desenvolvimento das estruturas do organismo humano e pelo funcionamento mental e físico do corpo humano (FAWCETT, 2012).

Diante do exposto, observa-se que as teorias são compostas por conceitos e proposições. Essas são classificadas de acordo com o nível de complexidade e grau de abstração, a saber: metateoria, a qual apresenta a base filosófica sobre um determinado assunto; grande teoria, a qual tem uma estrutura conceitual compreensiva – a exemplo do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem; TMA, a qual tem um número limitado de conceitos e tem escopo restrito; e teorias práticas que são microteorias prescritivas e específicas à determinadas situações – são menos complexas (FAWCETT, 2012; MCEWEN; WILLS, 2016; PETERSON; BREDOW, 2019).

No Brasil e no mundo, o conhecimento da enfermagem tem evoluído e o século XXI tem sido marcado pela “era de utilização de teorias”, em que é visto o aumento da utilização de Teorias de Enfermagem nos anos 2000, em comparação à década de 1990, sobretudo em relação

à aplicabilidade e o desenvolvimento das Teorias de Médio Alcance (PRIMO; BRANDÃO, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2019).

No contexto do cuidado de enfermagem, as teorias tem por objetivo descrever, explicar e prever os aspectos da realidade, visto que expressam uma nova ideia ou uma nova visão de um determinado fenômeno e são consideradas elementos fundamentais para o conhecimento do enfermeiro. Estas consistem em uma ou mais conceituações que são derivadas de um modelo conceitual e das suas proposições (BRANDÃO *et al.*, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2019).

As Teorias de Enfermagem têm sido utilizadas por enfermeiros para guiar sua prática e estruturar o conhecimento da enfermagem. Podem ser definidas como um conjunto de declarações sobre um determinado conceito de forma sistemática, lógica, articulada e inter-relacionada que clareiam eventos, fatos ou fenômenos (PRIMO; BRANDÃO, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2019).

Atualmente, é reconhecido que a enfermagem, enquanto disciplina, vem produzindo conhecimentos novos e próprios. Contudo, por vezes, existem lacunas entre a teoria e a prática, o que está comumente associado às falhas da aplicação prática dos modelos teóricos e das Teorias de Enfermagem, produzidas entre as décadas de 1970 e 1980, sendo necessário a implementação de estratégias que venham a criar elo entre a teoria, a pesquisa e a prática (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; BRANDÃO *et al.*, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2019).

Com a finalidade de reduzir essas lacunas existentes, estudos vêm sendo realizados e têm dado importância para a produção de Teorias de Enfermagem mais próximas do nível empírico, principalmente àquelas classificadas como Teorias de Médio Alcance, as quais abordam conceitos menos amplos e mais específicos para a prática (FAWCETT, 2012; BRANDÃO *et al.*, 2017; LEANDRO *et al.*, 2020).

Em 1974, as Teoria de Médio Alcance foram introduzidas na área de enfermagem com base no desafio de utilizar as grandes teorias na prática e na pesquisa. Essas teorias são delimitadas para a área de aplicação e tem papel teórico que intermedeia as hipóteses específicas e as especulações de uma teoria, parte da teoria ou um modelo conceitual maior. E são caracterizadas por ter alta aplicabilidade na prática clínica (MCEWEN; WILLS, 2016; BRANDÃO *et al.*, 2017; LEANDRO *et al.*, 2020)

A construção de TMA vem sendo amplamente utilizada, uma vez que reúne ideias focadas acerca de um fenômeno, de problemas da enfermagem ou de condições clínicas que são associados à investigação e à prática, e que é de interesse dos enfermeiros (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; BRANDÃO *et al.*, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2019).

Essa construção pode seguir uma orientação dedutiva ou indutiva, as quais são caracterizadas por ter base em grandes teorias ou modelos teóricos; e na organização e construção de uma nova teoria por meio dos dados que surgem da pesquisa e da prática, respectivamente (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; BRANDÃO *et al.*, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2019). Pode-se combinar as teorias de enfermagem existentes com as não existentes, sintetizar teorias a partir de pesquisas publicadas ou desenvolvê-las por meio de *guidelines* da prática clínica (PETERSON; BREDOW, 2019).

Existem três tipos de TMA para a enfermagem, as quais são classificadas de acordo com os seus objetivos, a saber: descritiva, explicativa e preditiva. A descritiva tem por finalidade descrever ou classificar um fenômeno. A explicativa é caracterizada por explicar um fenômeno. E a preditiva busca estabelecer as relações entre conceitos ou efeitos de um ou mais conceitos, no intuito de descrever as mudanças que ocorrem em um fenômeno (FAWCETT, 2012; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; LEANDRO *et al.*, 2020).

As Teorias de Médio Alcance descrevem, explicam ou preveem um fenômeno de enfermagem ou como esse fenômeno ocorre, guiam as intervenções e subsidiam a assistência de enfermagem, com a finalidade de aperfeiçoar a ciência e a prática. Essas teorias são significativas e aplicáveis, pois contêm variáveis e relações testáveis limitadas; e fornecem generalidade (MCEWEN; WILLS, 2016; PRIMO; BRANDÃO, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2019).

Essas teorias surgem pela necessidade de explicar ou descrever as uniformidades observadas acerca de um determinado fenômeno. Elas não buscam explicar o todo, mas sim desenvolver explicações para as partes que compõem o todo, por isso sua denominação “médio alcance” (LEANDRO *et al.*, 2020).

O desenvolvimento dessas teorias no mundo e no Brasil ainda é limitado e, embora a Taxonomia da NANDA-I seja considerada uma TMA descritiva e os modelos de raciocínio clínico sejam caracterizados como TMA explicativa, não existem teorias que reúnam os conhecimentos desenvolvidos sobre os diagnósticos de enfermagem que venham a discutir as relações causais entre os seus elementos clínicos (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; LEANDRO *et al.*, 2020).

A construção de TMA, em processos de validação de DE, a qual objetiva desenvolver um gradiente teórico que permita identificar os fatores etiológicos ou os indicadores clínicos do diagnóstico por meio do estabelecimento de relações de causa e dos modelos causais que expliquem as respostas humanas, é necessária. Os modelos causais possibilitam evidências

clínicas concretas e a associação entre os achados da literatura com a realidade (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

Nos últimos anos, pesquisadores têm se dedicado na realização de estudos voltados à construção de TMA, vinculados à validação de DE, a exemplo das teorias para os fenômenos de enfermagem: Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente, Padrão respiratório ineficaz, Risco de volume de líquidos excessivo, Rede social de apoio ineficaz, Conhecimento deficiente, Baixa autoeficácia em saúde, entre outros (DINIZ, 2017; SOUZA, 2017; FERNANDES, 2018; FRANÇA, 2020; SILVA *et al.*, 2021; BARREIRO, 2022).

Para a operacionalização da construção de TMA, existem algumas limitações metodológicas que estão associadas à escolha do método, ao fato da TMA ser restritiva por ser aplicável em populações ou condições clínicas específicas e à escolha dos modelos teóricos que podem restringir as relações causais, de forma a comprometer a última etapa (LOPES; SILVA, 2016).

Por outro lado, o método de construção da TMA permite o estudo direto do DE, visto que não se limita apenas ao seu núcleo conceitual, mas também a compreensão dos processos clínicos que podem subsidiar o raciocínio e julgamento diagnóstico, pois favorecem o estabelecimento de relações causais (LOPES; SILVA, 2016).

O desenvolvimento de TMA é considerado um grande passo para o crescimento do conhecimento da enfermagem, sendo necessário que pesquisadores e profissionais da área contribuam para a transformação da prática clínica e favoreçam a proximidade aos conceitos teóricos (PRIMO; BRANDÃO, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2019).

Ratifica-se que o conhecimento entre teoria, pesquisa e prática clínica é essencial para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência, de modo que a teoria possa embasar a prática (BRANDÃO, 2017; BOREL *et al.*, 2021). É recomendado que os resultados obtidos por meio da construção da TMA sejam validados quanto ao conteúdo por juízes (LOPES; SILVA, 2016; BOREL *et al.*, 2021).

Além da validação de conteúdo dos elementos, pode-se realizar a avaliação da TMA, que consiste no julgamento de vários critérios. Esses critérios não são padronizados dentro do campo da enfermagem, mas têm evoluído ao longo do tempo, com a finalidade de subsidiar os enfermeiros pesquisadores a determinarem com robustez a aplicação da teoria (PETERSON; BREDOW, 2019).

Em 2021 foi publicada uma das formas de avaliar TMA (BOREL *et al.*, 2021). A avaliação dos itens que compõem a TMA contribui para confirmar a sua aplicabilidade prática,

já que são observadas as suas virtudes teóricas. Essa avaliação (*theory evaluation*), possibilita determinar a adequação do seu uso (BOREL *et al.*, 2021).

Para que a avaliação da TMA seja realizada, deve-se ter o conhecimento sobre as teorias ou metateorias de enfermagem. Entretanto, existem dificuldades para encontrar pessoas que se dedicam ao estudo e avaliação de teorias, uma vez que nem sempre existem recursos humanos acessíveis com conhecimento para julgar (BOREL *et al.*, 2021).

Esses desafios podem ser minimizados pela aplicação dos critérios da abordagem da sabedoria coletiva, em que os juízes não são obrigatoriamente pessoas que construíram teoria, mas que têm experiência com a temática de teorias de enfermagem ou com estudo de DE. Assim, o método Delphi torna-se adequado para a condução da avaliação. Este pode ter o apoio da abordagem da sabedoria coletiva (julgamento sob incertezas e agregação das ideias do grupo – consenso ou dissenso) (BOREL *et al.*, 2021).

No Brasil, o método Delphi vem sendo utilizado geralmente para obtenção de consenso sobre intervenções, programas, tratamentos, construção e validação de instrumentos. Para a avaliação de teorias, ainda é inovador e não foi potencialmente explorado. Autores do país elaboraram uma diretriz que descreve a utilização desse método para a avaliação de teorias de enfermagem (BOREL *et al.*, 2021), a qual foi utilizada neste estudo.

Quando a TMA é avaliada, as relações e os vínculos entre os conceitos são verificados, e os juízes podem perceber os pontos fortes e fracos, identificar a inclusão de outros elementos ou aperfeiçoar os preexistentes, o que contribui com o avanço do conhecimento científico da enfermagem (BOREL *et al.*, 2021).

Esse julgamento é útil para perceber as inadequações das finalidades da teoria (descritiva, explicativa, preditiva ou prescritiva). A avaliação permite o aperfeiçoamento das Teorias de Enfermagem, sendo uma etapa fundamental, mas não final do desenvolvimento do processo teórico, pois esse poderá ainda passar por diversos ajustes (BOREL *et al.*, 2021).

As teorias que não atendem aos requisitos, devido à inadequação dos elementos que a compõem, tendem a ser refutadas. Logo, a realização da avaliação da TMA pode evitar futuros problemas, apesar de ter as seguintes limitações: a subjetividade dos juízes e os conceitos teóricos-filosóficos que podem tornar difícil o julgamento (BOREL *et al.*, 2021).

Destaca-se a importância da construção de TMA na realização de estudos de validação de DE, pois essa teoria possibilita a compreensão do fenômeno de enfermagem estudado, bem como traz elementos que após a avaliação da sua relevância podem ser testados em populações específicas por meio da validação clínica (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; LOPES; SILVA, 2016).

4.5 VALIDAÇÃO CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O DE é uma etapa fundamental do PE, visto que sintetiza as informações colhidas durante a avaliação do paciente (histórico de enfermagem) – por meio da anamnese e do exame físico, e subsidia a implementação das etapas posteriores, o que melhora a assistência à saúde (HERDMAN; LOPES, 2019; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Os diagnósticos de enfermagem podem ser classificados em: diagnóstico com foco no problema (julgamento clínico sobre uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde de um indivíduo, família, grupo ou comunidade); de risco (julgamento clínico sobre a susceptibilidade a uma condição de saúde de um indivíduo, família, grupo ou comunidade); e de promoção à saúde (julgamento clínico sobre a motivação e o desejo de aumentar o bem-estar) (HERDMAN; KAMITSURU; 2018).

As síndromes – julgamento clínico relacionado a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos, que são mais bem tratados em conjunto e com intervenções semelhantes - apesar de estarem em número limitado na NANDA-I, também podem ser diagnosticadas por enfermeiros (HERDMAN; KAMITSURU; 2018).

O enfermeiro, ao implementar o PE, identifica o DE que melhor representa as características definidoras, os fatores relacionados, os fatores de risco, as populações em risco ou as condições associadas de um determinado fenômeno. Entretanto, pode enfrentar algumas dificuldades ao estabelecer a resposta humana mais adequada, principalmente quando não conhece os elementos do DE ou quando esses não contemplam todas as dimensões de um fenômeno abrangente e contínuo (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Em face disso, o desenvolvimento de estudos de validação de DE pode contribuir para o raciocínio clínico do enfermeiro e subsidiar os cuidados da assistência de enfermagem. A realização desses estudos é importante para o desenvolvimento do conhecimento da prática profissional, uma vez que amplia a confiabilidade dos diagnósticos e refina os seus elementos (KURUCOVÁ *et al.*, 2018; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Desde o início da década de 1980 vêm sendo desenvolvidos estudos de validação de DE. E novos métodos de pesquisas têm sido aplicados na última década, devido ao desenvolvimento de ferramentas computacionais e à necessidade de abordagens mais robustas na verificação da validade de constructos que representam os fenômenos (LOPES; SILVA, 2016; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019).

O processo de validação de DE envolve várias abordagens metodológicas, as quais dependem do referencial adotado (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019). Os modelos que mais se destacam são: o Gordon e Sweeney (1979); o de Fehring (1987); o de Hoskins (1989); e o de Lopes e Silva (2016).

O modelo de Gordon e Sweeney (1979) foi considerado um marco histórico para estudos de validação de DE e apresenta três etapas: o modelo retrospectivo, o modelo clínico e o modelo de validação por enfermeiros. Para o DE ser considerado válido, é verificado se as características definidoras estão presentes em um grande número de casos. Embora não apresente consistência metodológica para estudos de validação, esse modelo forneceu subsídios à criação de outros (GORDON, SWEENEY; 1979).

O modelo de Fehring (1987) é bem utilizado nos estudos de validação de DE (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019) e tem como base três etapas: a validação de conteúdo do diagnóstico, a validação clínica e a validação de diagnóstico diferencial. Fehring (1987) aborda que o DE é válido quando este está fundamentado em evidências científicas.

O modelo de Hoskins (1989) é composto pelas etapas: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. Para Hoskins (1989), o DE se torna válido quando as características definidoras são testadas ou investigadas em um ambiente clínico, com o objetivo de verificar a presença ou ausência dessas características na população em estudo.

E o modelo de Lopes e Silva (2016), o qual será utilizado neste estudo, apresenta três etapas: a análise de conceito, a validação por *experts* e a validação clínica. A análise de conceito baseia-se, principalmente, no modelo proposto por Walker e Avant (2011), em que se identifica os atributos definidores, os antecedentes e os consequentes do conceito; as definições conceituais e operacionais dos elementos; e os exemplos de casos, que caracterizam o núcleo conceitual do DE e auxiliam na compreensão da definição do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

A validação por *experts* consiste na análise de conteúdo por especialistas dos elementos encontrados na análise de conceito. Existem algumas dificuldades na realização desta etapa: a definição de expertise em enfermagem, a captação dos *experts*, a definição do quantitativo de *experts* e da abordagem metodológica, a taxa de não resposta, a extensão dos itens a serem avaliados e o uso de médias ponderadas (LOPES; SILVA, 2016).

E a terceira etapa corresponde aos estudos de validação clínica de DE, os quais são necessários para a manutenção e aperfeiçoamento das evidências da Taxonomia da NANDA-I - importante ferramenta do cuidado de enfermagem e do sistema de classificação de DE

(LOPES; SILVA, 2016). O DE serve como alicerce da prática clínica do enfermeiro, visto que subsidia o estabelecimento e a implementação das intervenções de enfermagem (SILVA, 2017; KURUCOVÁ *et al.*, 2018; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2019).

No Brasil e no mundo há uma tendência crescente do desenvolvimento de pesquisas sobre a Taxonomia da NANDA-I e os estudos de validação de DE, pois cada vez mais há a necessidade de uma terminologia de enfermagem uniforme e clara que contribua com a prática assistencial do enfermeiro (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019). Esses estudos são utilizados para a construção ou revisão do DE e incluem sua adaptação cultural em contextos socioculturais específicos (OLIVEIRA *et al.*, 2013; SILVA, 2017; KURUCOVÁ *et al.*, 2018; FIGUEIREDO, 2019).

Como exemplo dessas pesquisas, tem-se a validação clínica dos diagnósticos de enfermagem: Mobilidade física prejudicada; Risco de atraso no desenvolvimento infantil; Resposta disfuncional ao desmame ventilatório; Síndrome de terminalidade; Estilo de vida sedentário; Ansiedade, Fadiga e Sobrecarga do cuidador, entre outros (SILVA, 2017; MELO, 2018; ALMEIDA, 2019; FERREIRA; DURAN, 2019; FIGUEIREDO *et al.*, 2019; GUEDES, 2019; LOURENÇO, 2019; ZUCHATTI *et al.*, 2022)

A validação clínica de DE é uma etapa fundamental para a assistência, pois além de refinar os seus elementos, assegura a uniformidade na identificação ou classificação dos diagnósticos, contribui para a acurácia do PE e auxilia na seleção dos indicadores clínicos confiáveis. Essa etapa proporciona testar os elementos provenientes das etapas anteriores: a análise de conceito e a validação de conteúdo por especialistas (SILVA, 2017; MELO, 2018; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019).

Na validação clínica também busca-se obter evidências de um DE no ambiente clínico, em que ocorre a observação das características definidoras e dos fatores relacionados para os diagnósticos com foco no problema e de promoção da saúde; e dos fatores de risco para os diagnósticos de risco (LOPES; SILVA, 2016; SILVA, 2017; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019).

Deve-se também considerar as populações em risco e as condições associadas, que são elementos importantes para a identificação do DE. Esses elementos são oriundos dos dados coletados durante a anamnese e o exame físico e pelas informações contidas nos prontuários (SILVA, 2017; HERDMAN; KAMITSURU; 2018).

Os diagnósticos de enfermagem podem ser submetidos à Taxonomia da NANDA-I em vários níveis de desenvolvimento. O nível de estudos de validação clínica corresponde ao maior nível de evidência de estudos de DE. Tornar um DE válido e aperfeiçoar seus elementos é

essencial para o enfermeiro obter ferramentas para a prática clínica, com vistas a melhor qualidade de assistência prestada (MELO, 2018; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Na validação clínica, o cenário é investigado e o pesquisador verifica a presença ou ausência dos elementos em uma determinada população. Essa etapa pode seguir uma abordagem retrospectiva ou prospectiva, em que o pesquisador avalia um conjunto de pessoas para identificar se os elementos estão presentes. Porém, é possível encontrar dificuldades na realização dessa etapa devido às limitações metodológicas (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA, 2016; MELO, 2018).

Como desafios nesse tipo de estudo, destaca-se: o viés de espectro, que corresponde à percepção do comprometimento do indivíduo pelo próprio pesquisador; a omissão do problema (desfecho); o viés de prevalência, em que o valor de um indicador clínico é fortemente influenciado por sua frequência; e o viés de seleção, o qual o conhecimento prévio do desfecho pode levar o pesquisador a buscar dados específicos de forma tendenciosa, em que o pesquisador pode exagerar nas conclusões (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA, 2016).

Por vezes, a etapa de validação clínica tem sido fortemente influenciada pela proposta de Fehring (1987). Essa apresenta algumas limitações, tais como: o viés de seleção, o conservadorismo do coeficiente de confiabilidade ponderada, a influência da frequência de cada elemento do diagnóstico e o tratamento da causa e do efeito de uma mesma forma (LOPES; SILVA, 2016; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2019).

Outra limitação do método de validação clínica pode ser o fato de apenas as pessoas identificadas com o DE em estudo serem avaliados quanto à presença dos elementos. Nesses casos, não há possibilidade de verificar as especificidades desses elementos, uma vez que não se pode garantir que estejam presentes entre os indivíduos sem o DE. Essa etapa é criticada pela ausência de padrão metodológico perfeito, o que limita a capacidade de generalizar os resultados (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA, 2016).

Pode-se também ter o viés de padrão-ouro imperfeito, que corresponde a dificuldade de os fenômenos tratados pelo enfermeiro incluírem respostas humanas biológicas, psíquicas, sociais, culturais e espirituais, que não são passíveis de mensuração por dispositivos. Além do viés de incorporação, que consiste na utilização das supostas características definidoras para determinar a presença ou ausência do DE (LOPES; SILVA, 2016).

Diante dessas limitações, várias alternativas vêm sendo criadas recentemente para o processo de validação clínica. Dentre essas alternativas, deve-se utilizar abordagens específicas

para cada tipo de DE. Por exemplo, os estudos transversais são mais utilizados para analisar a razão de prevalência de um DE entre pessoas expostas e não expostas aos fatores etiológicos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Outros dois métodos podem ser úteis para a análise de fatores etiológicos: os estudos de caso-controle (comparação de dois grupos definidos a partir da presença ou não do DE) e os estudos de coorte (os grupos são definidos com base na exposição ou não do fator etiológico) (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Para qualquer método de estudos de validação clínica, primeiramente deve-se estabelecer o padrão de referência a ser utilizado para que se possa garantir a validade interna e externa da pesquisa. Essa validação pode permitir verificar a validade clínico-social, do construto clínico, diferencial, prognóstica, clínico-populacional e clínico-causal (LOPES; SILVA, 2016).

A validade clínico-social corresponde à característica do DE e/ou dos seus elementos no estabelecimento de uma associação com subgrupos populacionais, que se manifesta em condições específicas. O método utilizado é baseado em estudos transversais, com grandes amostras de sujeitos expostos ao diagnóstico, que permitem a identificação das características definidoras e dos fatores relacionados (LOPES; SILVA, 2016).

A validade de construto clínico consiste na definição de indicadores clínicos que representam o DE. Esta tem por objetivo validar as características definidoras, as quais são verificadas quanto à capacidade de classificar os sujeitos em relação à presença ou ausência do DE. Nesse tipo de validação é possível calcular a acurácia de cada característica definidora e estabelecer a importância desses elementos (LOPES; SILVA, 2016).

A validade diferencial consiste na identificação de características que diferenciam um DE específico de outros que compartilham características comuns ou que possuem semelhança clínica. Enquanto a validade prognóstica refere-se ao julgamento prévio acerca da evolução clínica de um DE, com base nas características e condições clínicas de um indivíduo. Para este tipo de validade, recomenda-se um estudo longitudinal (LOPES; SILVA, 2016).

A validade clínico-populacional possibilita a inclusão de revisões sistemáticas de características definidoras que permitem verificar a abrangência de um DE em relação às populações supostamente expostas. A acurácia das características definidoras é vista em múltiplas populações (LOPES; SILVA, 2016).

E a validade clínico-causal, foco deste estudo, tem por objetivo a validação dos fatores etiológicos e o estabelecimento da causalidade que expliquem os motivos que podem levar ao

desenvolvimento de um DE. Os métodos utilizados para este tipo de estudo são os estudos de coorte de exposição e os estudos caso-controle (LOPES; SILVA, 2016).

A Taxonomia da NANDA-I indica que todo DE deve passar por estudos de validação, para que se alcance o nível mais alto de evidências, pois os diagnósticos são reconhecidos e aplicados nas mais diversas situações e cenários, mas não são definitivos, visto que pesquisas em populações específicas permitem seu aprimoramento (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Como exemplo, tem-se o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado que pode ser validado clinicamente na população de gestantes de alto risco (GOMES, 2019).

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de validação de DE realizado em três etapas: 1. Construção da TMA; 2. Avaliação da TMA com juízes por meio do método Delphi (Borel *et al.*, 2021); e 3. Validação clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado. As etapas foram guiadas pelo referencial de Roy (2014), Borel *et al.* (2021) e Lopes e Silva (2016), respectivamente, e deram seguimento à análise de conceito e à validade de conteúdo por especialistas, realizadas entre os anos de 2018 e 2019 (GOMES, 2019).

5.2 PRIMEIRA ETAPA: CONSTRUÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

Nos estudos de validação de DE, para construir uma TMA, Roy (2014) aborda seis etapas: 1. Definição da abordagem de construção da TMA; 2. Definição dos modelos teórico-conceituais a serem analisados; 3. Definição dos conceitos principais da TMA; 4. Desenvolvimento de um esquema pictorial; 5. Construção das proposições da TMA; e 6. Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática (LOPES; SILVA, 2016). Este estudo seguiu todas as etapas, as quais serão descritas a seguir.

5.2.1 Definição da abordagem de construção da Teoria de Médio Alcance

A TMA foi construída entre os meses de agosto de 2020 a julho de 2021. Para a primeira etapa, definição da abordagem de construção da TMA, existem três possíveis abordagens: derivação que parte de um modelo teórico específico; elaboração a partir de abordagens conceituais; e revisões de estudos publicados, a exemplo da revisão integrativa que seleciona estudos que atendem ao objetivo da pesquisa (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016).

A definição da abordagem de construção da TMA, para este estudo, teve como base o fenômeno de enfermagem denominado pela Taxonomia da NANDA-I “Risco de binômio mãe-feto perturbado” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), o qual tem elementos que são citados por essa taxonomia, e os que ainda não são, mas que podem estar presente na população gestantes de alto risco (GOMES, 2019).

A construção da TMA foi ancorada por uma revisão integrativa de literatura (GOMES *et al.*, 2020), a qual objetivou analisar o conceito “binômio mãe-feto” da taxonomia da

NANDA-I em gestantes de alto risco, em que foram identificados dois atributos definidores do conceito e 20 antecedentes que afetam negativamente o binômio (10 fatores de risco, quatro populações em risco e seis condições associadas). Esses elementos foram validados quanto ao conteúdo pelos especialistas (GOMES, 2019) e foram utilizados para a construção das relações causais do fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

5.2.2 Definição dos modelos teórico-conceituais a serem analisados

A segunda etapa, definição do modelo teórico-conceitual da TMA a ser analisado, possibilita o pensamento sobre a estrutura da teoria. Para definir o modelo teórico, é preciso estar atento para que ocorra a congruência entre suas proposições e os conceitos (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016).

Nesse processo, recomenda-se selecionar poucos modelos e evitar uma grade conceitual complexa que leve a construção de proposições complexas, inconsistentes e contraditórias. Nessa etapa, foram extraídos os conceitos da teoria, os quais fundamentam a TMA, por meio da síntese do conhecimento teórico e empírico do fenômeno de interesse (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016).

O modelo conceitual utilizado neste estudo foi o Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, o qual tem três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (OREM, 2001). A partir da leitura exaustiva desse modelo, foram identificados e extraídos os conceitos secundários a serem utilizados na TMA, os quais mostram a congruência com os conceitos principais identificados na primeira etapa. O Modelo Geral de Enfermagem também possibilitou a formulação das proposições acerca das relações causais entre os conceitos.

5.2.3 Definição dos conceitos principais da Teoria de Médio Alcance

A terceira etapa, definição dos conceitos principais da TMA, é proveniente dos achados da abordagem da primeira etapa (definição da abordagem de construção da TMA), em que foram evidenciadas as definições conceituais e operacionais dos elementos do DE, com o objetivo de deixar claro seus significados clínicos. Tanto a definição dos modelos teóricos conceituais quanto a definição dos conceitos principais referem-se à análise dos conceitos principais e secundários que permitirão a reflexão e racionalização para a construção da TMA (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016).

Os conceitos principais foram os atributos do binômio mãe-feto e os antecedentes que o afetam negativamente – fatores de risco, populações em risco e condições associadas – conceitos principais que foram identificados na revisão integrativa, os quais consistem nas características que permitem a identificação do DE pelo enfermeiro (LOPES; SILVA, 2016).

A partir da revisão integrativa de literatura (GOMES *et al.*, 2020) foi possível elencar o conjunto dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto em gestantes de alto risco. Essa revisão forneceu a descrição das respectivas definições conceituais e operacionais dos elementos identificados, por meio da literatura complementar. Os elementos foram validados pelos especialistas e as definições foram verificadas pelos mesmos (GOMES, 2019; MENDES *et al.*, 2021).

Os conceitos do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem (OREM, 2001) que foram categorizados como secundários são: Fator Condicionante Intrínseco (FCI); Fator Condicionante Extrínseco (FCE); requisitos de autocuidado (universal, desenvolvimental e de desvio da saúde); déficit de autocuidado; e sistema de enfermagem apoio-educação, com objetivo de fazer uma analogia com os conceitos principais.

Ademais, os conceitos metaparadigmáticos (ambiente, enfermagem, pessoa e saúde) para a formulação das proposições (FAWCETT, 2012; MCEWEN; WILLS, 2016) também foram considerados como secundários.

5.2.4 Desenvolvimento de um esquema pictorial

A quarta etapa, desenvolvimento de um esquema pictorial, é fundamentada a partir dos resultados das segunda e terceira etapas - definição dos modelos teórico-conceituais e dos conceitos principais da TMA. Esse esquema pictorial corresponde a um esboço gráfico das relações conceituais de forma sintetizada, o que facilita o entendimento da relação entre os elementos (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016).

A construção do esquema pictorial se deu por meio de um pictograma, onde os conceitos da TMA são exibidos, com vistas a facilitar a compreensão das relações causais entre os conceitos. O pictograma foi construído para representar o fenômeno principal do estudo, o Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

5.2.5 Construção das proposições da Teoria de Médio Alcance

A quinta etapa, construção das proposições para os elementos do DE, contém afirmações claras e concisas, a fim de permitir a identificação da relação clínica dos elementos do diagnóstico. Essas proposições fundamentaram a última etapa, o estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016).

A construção das proposições ocorreu por meio da elaboração de afirmações sobre a relação entre os conceitos encontrados na revisão integrativa (GOMES *et al.*, 2020) e os conceitos do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem (OREM, 2001), os quais são a base para a última etapa. Posteriormente, as proposições foram avaliadas por enfermeiros que têm experiência no desenvolvimento de TMA.

As proposições para os fatores etiológicos mostram uma relação que antecede a ocorrência do DE, assim como estabelecem uma hierarquia causal que permite identificar os fatores primários, secundários e terciários. Os fatores primários estão diretamente associados ao DE e são os fatores biológicos ou psicossociais. Os secundários são capazes de potencializar o efeito dos primários e são compostos pelos fatores ambientais e constitucionais. E os terciários são representados por fatores socioeconômicos (LOPES; SILVA, 2016).

Existe outra classificação, utilizada neste estudo, que pode auxiliar na compreensão da hierarquia causal, a qual divide os fatores etiológicos em: predisponentes, incapacitantes, precipitantes e reforçadores. Os predisponentes levam a uma susceptibilidade maior ao DE; os incapacitantes influem na recuperação ou na promoção da saúde; os precipitantes representam os fatores que iniciam a hierarquia causal; e os reforçadores ampliam o efeito de uma condição clínica preexistente (LOPES; SILVA, 2016).

5.2.6 Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática

A última etapa, o estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática, contém a descrição de um modelo teórico causal para o DE e corresponde às relações clínicas que possibilitam o raciocínio e o julgamento clínico lógico do enfermeiro (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016).

O modelo teórico causal para o DE foi descrito e foram construídas as relações clínicas que possibilitarão o raciocínio e o julgamento clínico lógico do enfermeiro quanto ao Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Estabeleceu-se as relações de causalidade entre os elementos que compõem o fenômeno, as quais posteriormente foram avaliadas.

5.3 SEGUNDA ETAPA: AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

A TMA construída foi avaliada com a finalidade de verificar se esta atende aos critérios estabelecidos. Para realizar a avaliação, os conceitos e as proposições foram examinados com o objetivo de determinar se são de origem causal ou associativa, investigar sua importância e encontrar as lacunas existentes entre os conceitos. O pictograma auxiliou na identificação das relações causais e dos conceitos (MCEWEN; WILLS, 2016).

A avaliação também serviu para investigar se as definições dos conceitos, das proposições e das inter-relações entre os conceitos são consistentes. Foi levado em consideração a base filosófica, de forma a buscar uniformidade da TMA; e verificou-se se o modelo está sendo avaliado em consistência com outros e/ou com os sistemas de classificação de enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2016).

Neste estudo, a avaliação da teoria foi realizada entre os meses de agosto de 2021 a fevereiro de 2022 e foi guiada pela diretriz elaborada por Borel *et al.* (2021), para o uso do método Delphi. Essa diretriz traz como os procedimentos, a organização, a coordenação das atividades, e a busca e seleção dos juízes devem ser realizados; e possui três etapas: Fase Preparatória (FP), Fase Intermediária (FI) e Fase de Avaliação da Teoria (AT) (BOREL *et al.*, 2021), as quais serão descritas a seguir.

5.3.1 Fase Preparatória

Nessa fase decide-se qual teoria será avaliada e seleciona-se a estratégia da avaliação, dentre as alternativas fundamentadas na literatura (BOREL *et al.*, 2021). A TMA para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco foi avaliada e seguiu o método sintético de avaliação de TMA (MCEWEN; WILLS, 2016).

Esse método contém os critérios de descrição, análise e avaliação de TMA sintetizados a partir dos critérios de Whall (2005) e de outros autores, bem como de trabalhos acadêmicos de enfermagem reconhecidos (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios utilizados na avaliação da TMA. Recife, PE, Brasil, 2023.

Critérios
Descrição da teoria
Qual é a finalidade da teoria? (Descrever, explicar, prever, prescrever)

<p>Qual é o âmbito ou o nível da teoria? (maior, médio alcance, prática/específica à situação)</p> <p>Quais são as origens da teoria?</p> <p>Quais são os principais conceitos?</p> <p>Quais são as principais proposições teóricas?</p> <p>Quais são os principais pressupostos?</p> <p>O contexto para o uso está descrito?</p>
Análise da teoria
<p>Os conceitos estão definidos teórica e operacionalmente?</p> <p>Os enunciados estão definidos teórica e operacionalmente?</p> <p>Os vínculos estão explícitos?</p> <p>A teoria está organizada de forma lógica?</p> <p>Existe um modelo/diagrama? O modelo contribui para o esclarecimento da teoria?</p> <p>Os conceitos, os enunciados e os pressupostos são usados de modo consistente?</p> <p>Os resultados ou as consequências estão declarados ou previstos?</p>
Avaliação da teoria
<p>A teoria é congruente com os atuais padrões de enfermagem?</p> <p>A teoria é congruente com as atuais intervenções ou terapêutica de enfermagem?</p> <p>A teoria foi testada empiricamente? É apoiada pela pesquisa? Parece ser exata/válida?</p> <p>Existem evidências de que a teoria tenha sido usada por educadores, pesquisadores ou administradores de enfermagem?</p> <p>A teoria é socialmente relevante?</p> <p>A teoria tem relevância transcultural?</p> <p>A teoria contribui para a disciplina de enfermagem?</p> <p>Quais são as implicações para a enfermagem relacionadas à implementação da teoria?</p>

Fonte: McEwen e Wills (2016).

Nesta pesquisa, um questionamento (Quais são as implicações para a enfermagem relacionadas à implementação da teoria?) foi mantido e os demais foram modificados para assertivas. Pelo fato da TMA construída neste estudo não ter sido previamente avaliada e não ter sido ainda aplicada, não foram consideradas as perguntas: “A teoria foi testada empiricamente?” e “Existem evidências de que a teoria tenha sido usada por educadores, pesquisadores ou administradores da enfermagem?”

Os pressupostos não foram avaliados na TMA, assim o questionamento “Quais são os principais pressupostos?” não foi realizado, uma vez que de acordo com o referencial utilizado

para a construção da TMA (ROY, 2014) foram construídas as definições dos conceitos e suas relações, o esquema pictorial e as proposições. Destaca-se que os pressupostos são as crenças sobre o fenômeno de enfermagem que devem ser aceitas como verdade sem provas, mas que podem ser questionadas filosoficamente (FAWCETT, 2012; MCEWEN; WILLS, 2016).

5.3.2 Fase Intermediária e Fase de Avaliação da Teoria

Para realizar a avaliação de TMA, tem-se nove etapas: 1. Seleção do tipo de Delphi; 2. Definição de papéis: coordenador e/ou avaliador primário e avaliadores secundários; 3. Localização e seleção dos candidatos avaliadores; 4. Convite aos candidatos aos avaliadores; 5. Categorização dos juízes baseado no princípio da sabedoria coletiva e na perícia e composição da equipe; 6. Estabelecimento do número de rodadas no Delphi e critérios de interrupção; 7. Definição de critérios de descarte de itens de avaliação; 8. Definição dos critérios de alcance de consenso e estabilidade das respostas; e 9. Orientações específicas para realização da avaliação teórica (BOREL *et al.*, 2021).

5.3.2.1 Seleção do tipo de Delphi

A primeira etapa refere-se ao tipo de Delphi a ser selecionado, que é influenciado pelo nível da teoria que será avaliada e por sua aplicação. Esse método é baseado na comunicação anônima entre os juízes que têm expertise em um determinado assunto, com a finalidade de buscar suas opiniões. Neste estudo, a comunicação anônima ocorreu pelo envio do material e recebimento das respostas da avaliação da TMA por meio do correio eletrônico e de forma individual, de modo que um participante não sabia quem era o outro.

Tem-se o Delphi para obtenção do consenso, conhecida também como avaliação normativa, a qual pode minimizar as estimativas e os vieses; e o dissenso (*Policy Delphi*), que visa reunir as opiniões, mas não o consenso (BOREL *et al.*, 2021). Para este estudo, considerou-se a abordagem normativa.

5.3.2.2 Definição de papéis: coordenador e/ou avaliador primário e avaliadores secundários

A segunda etapa consistiu na definição do coordenador da avaliação da teoria. Esse papel pode ser atribuído a algum membro da equipe que desenvolveu a TMA ou por alguém

que tem conhecimento consistente sobre ela, de modo a se responsabilizar pela preparação e condução da avaliação (BOREL *et al.*, 2021).

O coordenador pode fornecer ajuda aos avaliadores em relação à disponibilização dos materiais de análise e à produção de relatórios com os resultados da teoria realizada, que serve como base à consulta dos demais avaliadores secundários (BOREL *et al.*, 2021). Neste estudo, a coordenadora da avaliação teórica foi a pesquisadora responsável, que construiu a TMA e que tem conhecimento consistente sobre ela; e os avaliadores secundários foram os juízes.

5.3.2.3 Localização e seleção dos candidatos avaliadores

A terceira etapa correspondeu à busca dos candidatos a avaliadores secundários (juízes). Esta busca pode ser realizada em plataformas de currículos eletrônicos, que tenham como opção filtrar a nacionalidade, formação acadêmica, idioma, atuação profissional e outros aspectos (BOREL *et al.*, 2021).

Para escolha criteriosa do juiz, é recomendado verificar as publicações, projetos, pesquisas e tempo de atuação na área. Geralmente, a escolha é difícil, visto que ainda não se tem critérios que auxiliam na classificação de uma avaliação de teorias de enfermagem. Contudo, pode ser fundamentada na abordagem da sabedoria coletiva, em que a base da expertise dos juízes é a diversidade de experiências na temática de teorias (BOREL *et al.*, 2021).

Para este estudo, os participantes foram selecionados por meio da busca avançada na Plataforma *Lattes* do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se das palavras-chave: “Teoria de Médio Alcance”, “Teoria de Enfermagem” e “Gestação de alto risco”.

Na Plataforma *Lattes*, ao seguir a ordem dos resultados da busca, foram lidos os currículos de cada pessoa. A seleção do primeiro juiz ocorreu quando este apresentou os critérios para participar da pesquisa e, do mesmo modo, os outros participantes foram selecionados. Também foi realizada a amostragem *snowball sampling* (PARKER; SCOTT; GEDDES, 2019), em que um participante poderia indicar outro.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos por meio do referencial de Borel *et al.* (2021), a saber: enfermeiros com experiência em desenvolvimento e/ou avaliação de teorias de enfermagem; e/ou com experiência na área de gestação de alto risco e/ou que orientou alguma pesquisa voltada às teorias de enfermagem; e/ou que possuíam produções científicas relacionadas às teorias de enfermagem; e/ou que foi palestrante, conferencista, comentarista e/ou ouvinte em curso ou minicurso de eventos voltados às teorias de enfermagem.

Foram excluídos os pesquisadores que o currículo *lattes* estava desatualizado há mais de um ano, que não atenderam a quaisquer domínios para categorização dos avaliadores da teoria ou que tiveram pontuação total abaixo de quatro pontos.

5.3.2.4 Convite aos candidatos avaliadores

A quarta etapa refere-se ao convite aos candidatos selecionados e pode ser de forma impressa ou por meio eletrônico, respeitando o caráter ético da pesquisa (BOREL *et al.*, 2021). Primeiramente, foram enviados aos participantes, por meio de correio eletrônico, uma carta-convite (APÊNDICE A), a qual continha informações sobre a pesquisa, e o *link* Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) por meio da plataforma *Google Forms*, com todas as informações relacionadas à pesquisa.

Aos participantes que marcaram a opção “Aceito Participar da pesquisa”, foi enviado um e-mail individual com a cópia da resposta do formulário (consentimento) e orientado que guardassem em seu correio eletrônico. Posteriormente, houve o envio do instrumento de coleta de dados com as variáveis para caracterização do perfil e os itens da TMA a serem avaliados (APÊNDICE C), por meio da plataforma *Google Forms*; e foram enviados em formato do programa *Word*, as informações (pictograma, conceitos e proposições) da TMA para leitura prévia, o instrumento com os questionamentos da avaliação e as instruções para respondê-lo (APÊNDICE D). Todos os e-mails enviados ocorreram de forma individual aos participantes, para garantir o sigilo da identificação dos convidados.

5.3.2.5 Categorização dos juízes baseado no princípio da sabedoria coletiva e na perícia e composição da equipe

A quinta etapa ocorreu por meio da aplicação dos critérios de categorização dos juízes de acordo com o nível de perícia, em que foi ajustada a composição da equipe que avaliou a TMA, de forma a considerar as recusas aos convites (BOREL *et al.*, 2021).

Na abordagem da sabedoria coletiva, os juízes devem ter diversidade no nível de perícia. Para estimar esse nível, são propostos cinco domínios: formação educacional em teoria de enfermagem; experiência profissional na área da teoria; experiência e conhecimento metateórico; difusão de conhecimento produzido no tema de teorias de enfermagem; e reconhecimento da *expertise* no tema de teorias de enfermagem (BOREL *et al.*, 2021) (Quadro 2).

Quadro 2 – Critérios para a classificação dos juízes responsáveis por avaliar a TMA. Recife, PE, Brasil, 2023.

Domínios e critérios para categorização dos avaliadores/juízes da teoria	Score
1. Formação educacional em teorias de enfermagem:	
a) Doutorado em Enfermagem ou áreas afins e tese teórica ou metateórica	4 pontos
b) Mestrado em Enfermagem ou áreas afins e tese teórica ou metateórica	3 pontos
c) Doutorado em enfermagem com tese em outros temas	2 pontos
2. Experiência profissional na área da teoria a ser avaliada:	
(a) Mais de quatro anos de experiência no ensino, pesquisa ou prática clínica na área/tema da teoria a ser avaliada e, pelo menos, um ano no ensino de teorias ou pesquisa teórica ou metateórica de enfermagem	4 pontos
b) Mais de quatro anos de experiência no ensino, pesquisa ou prática clínica na área/tema da teoria a ser avaliada	3 pontos
c) Entre dois a quatro anos de experiência no ensino, pesquisa ou prática clínica na área/tema da teoria a ser avaliada ou, pelo menos, um ano no ensino de teorias ou pesquisa teórica ou metateórica de enfermagem	2 pontos
3. Experiência e conhecimento metateórico:	
a) Elaboração ou orientação de mais de uma teoria ou metateoria de enfermagem	4 pontos
b) Elaboração ou orientação de uma teoria ou metateoria de enfermagem	3 pontos
c) Elaboração ou orientação de, pelo menos, uma teoria ou metateoria não-enfermagem	2 pontos
4. Difusão de conhecimento produzido no tema de metateorias ou teorias de enfermagem:	
a) Autoria em mais de um artigo publicado em periódico indexado de padrão internacional de alto fator de impacto (Para Brasil: Qualis A1) em tema de teoria ou metateoria de enfermagem	4 pontos
b) Autoria de um artigo publicado em periódico indexado de padrão internacional de alto fator de impacto (Para Brasil: Qualis A2 a A4) em tema de teoria ou metateoria de enfermagem	3 pontos
c) Autoria de, pelo menos, um artigo publicado em periódico indexado de padrão nacional com médio fator de impacto (Para Brasil: Qualis B1) em tema de teoria ou metateoria de enfermagem	2 pontos

5. Reconhecimento da <i>expertise</i> no tema de metateorias ou teorias de enfermagem, por pares:	
a) Mais de uma participação como convidado (palestrante, conferencista, comentarista, professor em curso ou minicurso) em evento científico para ministrar tema ligado a teorias ou metateorias de enfermagem	4 pontos
b) Uma participação como convidado (palestrante, conferencista, comentarista, professor em curso ou minicurso) em evento para ministrar tema ligado a teorias ou metateorias de enfermagem	3 pontos
c) Participação como ouvinte/participante/aluno em evento ou curso concluído sobre teorias ou metateorias de enfermagem	2 pontos

Fonte: Borel *et al.*, (2021).

O candidato a avaliador teve seu nível de perícia hierarquizado pelos escores obtidos no somatório dos cinco domínios, sendo a pontuação máxima e mínima de quatro e dois pontos, respectivamente. Para definir a classificação do nível de perícia de um juiz, observou-se o escore final obtido na avaliação dos cinco domínios, com objetivo de classificá-lo em: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e perito (BOREL *et al.*, 2021).

Foi necessário definir o número mínimo de avaliadores, que dependeu do somatório dos pontos individuais de cada juiz e da diversidade desses, de forma a garantir indivíduos de, pelo menos, dois níveis de perícia (BOREL *et al.*, 2021) (Quadro 3).

Quadro 3 – Classificação do nível de perícia para definição do número de avaliadores da TMA. Recife, PE, Brasil, 2023.

Nível de perícia presumida do avaliador	Pontuação requerida para adequar-se ao nível	Critérios para definição da equipe, em função dos pontos de perícia
Iniciante	somatório mínimo de 4 pontos	(a) Equipe de dois avaliadores: soma dos pontos dos avaliadores deve ser de no mínimo 35 pontos
Iniciante avançado	somatório entre 5 e 10 pontos	
Competente	somatório entre 11 pontos e 14 pontos	

Proficiente	somatório de pontuação entre 15 e 17 pontos	(b) Equipe de três avaliadores: soma dos pontos dos avaliadores deve ser de no mínimo 36 pontos
Perito	somatório de pontuação maior ou igual a 18 pontos	(c) Equipe de quatro avaliadores: soma dos pontos dos avaliadores deve ser de no mínimo 48 pontos (d) Equipe de cinco avaliadores: soma dos pontos dos avaliadores deve ser de no mínimo 60 pontos (e) Equipe de seis ou mais avaliadores: aplicar a seguinte equação: Pontos mínimos exigidos: $N \text{ participantes} \times 20 \times 0,525$

Fonte: Borel *et al.*, (2021).

Por ser comum ocorrer perdas de participantes, houve a seleção de mais juízes para compor a equipe de avaliação, entretanto, manteve-se a proporcionalidade entre os níveis (BOREL *et al.*, 2021). Diante da confirmação de sete participantes para participar desta pesquisa, a equação abaixo foi utilizada, com o objetivo de verificar os pontos mínimos exigidos da amostra de acordo com o nível de expertise:

Pontos mínimos exigidos: $N \text{ participantes} \times 20 \times 0,525$

Pontos mínimos exigidos: $7 \times 20 \times 0,525 = 73,50 \text{ pontos}$

5.3.2.6 Estabelecimento do número de rodadas no Delphi e critérios de interrupção

A sexta etapa foi caracterizada pelo planejamento de rodada e dos critérios de interrupção, em que foram considerados o nível de abstração, o número de conceitos e a complexidade da TMA a ser avaliada. Considerou-se também o número de juízes que participaram da pesquisa e a quantidade de critérios a serem avaliados (BOREL *et al.*, 2021).

Quanto à interrupção das rodadas de avaliação, foi respeitado o julgamento dos juízes, com alcance do consenso avaliativo, com vista a definir um número máximo de rodadas. Para

este estudo, foi considerado no máximo três rodadas, conforme comumente utilizado (BOREL *et al.*, 2021). Os itens que não atingiram o consenso não foram excluídos. Entretanto, foram realizadas alterações na TMA, conforme sugestões e comentários dos juízes. Neste estudo, houve duas rodadas de avaliação.

5.3.2.7 Definição de critérios de descarte de itens de avaliação

A sétima etapa caracterizou-se por orientar os juízes quanto à reavaliação dos itens (conceitos, afirmativas e pictograma), já que esses não seriam excluídos caso não atingissem o consenso nas rodadas de avaliação. Os avaliadores tiveram conhecimento acerca da necessidade de alterações na teoria, as quais foram fundamentadas pela estratégia selecionada pelo pesquisador e não pelas opiniões pessoais (BOREL *et al.*, 2021). Neste estudo, os juízes avaliaram os conceitos, as proposições, o pictograma e a relação entre os conceitos da TMA.

5.3.2.8 Definição dos critérios de alcance de consenso e estabilidade das repostas

A oitava etapa visou estabelecer a definição do alcance do consenso e a estabilidade das repostas (BOREL *et al.*, 2021). Pode-se utilizar escalas com a finalidade avaliar os itens da TMA. Também se recomenda que, mesmo com o uso de escala, deve-se deixar um espaço para as possíveis sugestões, recomendações, apreciações e observações (BOREL *et al.*, 2021).

Foi utilizada a escala de cinco pontos, a saber:

- 1= Não concordo
- 2 = Concordo pouco
- 3 = Concordo parcialmente
- 4 = Concordo muito
- 5= Concordo totalmente

Os dados referentes à avaliação da TMA foram tabulados em dupla digitação no programa Epi Info, versão 3.5.4, em que foi realizada a validação do banco de dados (ANEXO A). Após a validação, o banco de dados foi exportado do Microsoft Excel[®] e depois para o *software* Stata, versão 15.0. Os procedimentos de tratamento e análise de dados foram conduzidos para as rodadas de avaliação do instrumento por juízes. Iniciou-se a análise de dados

com o cálculo de medidas de posição e de dispersão para cada item, bem como para o instrumento como um todo.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado baseado no modelo da diversidade preditiva, em que foi levado em consideração o peso do nível de expertise dos juízes (iniciante – peso 1; iniciante avançado – peso 2; competente – peso 3; proficiente – peso 4; e perito – peso 5). O teste Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a normalidade das respostas. Obteve-se média ou mediana ponderada, com respectivos Intervalos de Confiança a 95%, a depender da distribuição encontrada.

Cada item da TMA foi analisado a partir do recebimento das respostas individuais de cada juiz por meio de correio eletrônico. Foi verificado o ponto de corte adotado para determinar a validade de conteúdo adequada, o qual foi o Intervalo de Confiança (IC) da média e a mediana do $IVC \geq 0,80$. Quando foi menor que 0,80, houve alterações na TMA conforme sugestões dos juízes. Os itens com $IC \text{ do } IVC < 0,80$ e as alterações realizadas na teoria foram enviados para os juízes avaliarem em outra rodada de avaliação.

No tocante ao questionamento subjetivo, as falas dos juízes serão apresentadas por meio dos codinomes, representados pela letra “J” de juízes e por um número arábico - J1, J2, J3, J4, J5, J6 e J7 - com a finalidade de manter o anonimato dos participantes.

5.3.2.9 Orientações específicas para realização da avaliação teórica

A nona etapa permite o fornecimento de orientações específicas relacionadas à estratégia de avaliação. Assim, o coordenador, quando achar pertinente, pode realizar capacitações específicas para explicar a estratégia utilizada (BOREL *et al.*, 2021). Neste estudo não houve a necessidade da realização de capacitações, uma vez que os avaliadores não tiveram dúvidas acerca da TMA ou do processo de avaliação.

5.4 TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A validação clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado foi realizada entre os meses de setembro de 2021 a janeiro de 2022. Essa validação foi do tipo validade clínico-causal, a qual corresponde à terceira etapa dos estudos de validação de DE (LOPES; SILVA, 2016). Foi realizada por meio de um estudo caso-controle, retrospectivo, que se baseou na comparação de dois grupos a partir da presença ou não do desfecho.

O grupo caso foi composto pelas gestantes de alto risco identificadas com o desfecho do binômio mãe-feto perturbado e o grupo controle pelas gestantes de alto risco identificadas sem o desfecho. Para esta pesquisa, o desfecho considerado foi a ruptura da relação simbiótica materno-fetal, caracterizada pela prematuridade ou pelo óbito fetal (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2022).

A pesquisa do tipo caso-controle é recomendada para estudar um único DE por vez e para analisar os múltiplos fatores de risco. Neste estudo, teve-se como hipótese que o grupo caso é mais exposto aos fatores de risco, o que permite a inferência sobre a realidade estudada (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA, 2016).

O estudo caso-controle é retrospectivo, uma vez que parte de um desfecho já definido (olha-se para o passado para identificar diferenças nas variáveis preditoras que possam explicar o porquê que os casos desenvolveram o desfecho e os controles não). E se caracteriza por identificar um grupo de pessoas com um determinado desfecho e outro sem ele (LOPES; SILVA, 2016).

Esse tipo de estudo visa identificar a existência de uma associação causal entre a exposição aos fatores de risco e a ocorrência do fenômeno. Como vantagem, tem-se que estas pesquisas não realizam intervenções e nem exposições a riscos, e que o custo é relativamente baixo (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA, 2016).

Os estudos de caso-controle não produzem estimativas sobre a incidência ou prevalência de um desfecho, visto que a proporção de indivíduos com o desfecho no estudo é determinada pelo número de casos e controles que o pesquisador define no cálculo amostral, e não pela sua proporção na população em estudo (HULLEY *et al.*, 2015; LOPES; SILVA, 2016).

Esse método pode fornecer as informações descritivas sobre os casos e uma estimativa da associação entre cada variável preditora e a presença ou ausência do desfecho. As estimativas expressam-se na forma de razão de chance - *Odds Ratio* (OR), a qual se aproxima do risco relativo se a prevalência do desfecho for muito elevada (HULLEY *et al.*, 2015; LOPES; SILVA, 2016).

Outras vantagens dos estudos de caso-controle são: o grande número de informações que podem ser rapidamente fornecidas a partir de uma amostra pequena; e a capacidade de examinar muitas variáveis preditoras, o que permite a geração de hipóteses sobre as causas da doença (HULLEY *et al.*, 2015).

O estudo caso-controle tem como limitação o viés de seleção, devido à predefinição do *status* (presença/ausência) do desfecho. A partir disso, pode-se minimizar as diferenças entre o grupo caso e o grupo controle por meio do pareamento. Também se tem o viés de memória, que

consiste na recordação de eventos anteriores estar exacerbada no grupo caso; e o viés de medição diferencial que consiste na tendência em encontrar mais fatores de risco entre o grupo caso. A confirmação de dados em outras fontes, como por exemplo, o prontuário e o uso das definições operacionais são estratégias essenciais para diminuir os vieses (HULLEY *et al.*, 2015; LOPES; SILVA, 2016).

Outras limitações são: a partir desse tipo de estudo, só poderá estudar um único desfecho; as informações que o estudo pode fornecer são limitadas pelo fato de não estimar a incidência e prevalência do desfecho; e o viés de amostragem (a amostra pode não ser representativa de todos os pacientes que desenvolveram o desfecho, uma vez que existem indivíduos que não foram diagnosticados, não receberam cuidados médicos, foram atendidos em outros serviços, foram mal diagnosticados ou que foram a óbito) (HULLEY *et al.*, 2015).

A realização do estudo caso-controle seguiu as recomendações do STROBE (*Statement—Checklist of items that should be included in reports of case-control studies*) (ANEXO B).

5.4.1 Local de estudo

O estudo foi realizado nos setores Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico (COB) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em Recife, Pernambuco. O HC/UFPE é vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e é certificado junto aos Ministérios de Educação e de Saúde. Esse hospital presta serviços para o SUS e é referência para gestação e parto de alto risco (EBSERH, 2020).

O HC/UFPE é referência para os casos de média e de alta complexidade (ambulatório, internação e exames diagnósticos) e subsidia a formação/qualificação dos profissionais de saúde. Essa instituição estimula, apoia e supervisiona o desenvolvimento de pesquisas, e realiza consulta de pré-natal de alto risco (EBSERH, 2020).

Atualmente, tem área física construída de 64.000 m² e dispõe de 418 leitos hospitalares, sendo composto por quatro salas no COB, com 10 leitos – 4º andar/ala norte, e 30 leitos de maternidade (Alojamento Conjunto) - 9º andar/ala norte (EBSERH, 2020).

O ambulatório de obstetrícia, localizado no segundo andar – Ala Sul do hospital - conta com os seguintes tipos de atendimento: ginecologia/obstetrícia; pré-natal de alto risco; puerpério patológico ou procedente do internamento; serviço social; atendimento de asma na gravidez e atividades educativas. Ocorrem aproximadamente cerca de 123 partos por mês no HC (EBSERH, 2020).

No contexto da gestação de alto risco, o HC/UFPE tem o Programa de Apoio à Gestante Adolescente (PROGESTA), em que essa população é acompanhada por uma equipe multiprofissional e por atividades relacionadas às rodas de conversas para as gestantes durante o pré-natal (EBSERH, 2020).

As gestantes de alto risco atendidas no HC/UFPE podem chegar de duas formas: 1. Demanda espontânea, na qual serão recepcionadas pelo Núcleo de Apoio Administrativo (NAA) da triagem obstétrica para preenchimento da ficha de identificação e, posteriormente, passam pelo serviço de classificação de risco e pela triagem clínica; e 2. Por meio da central de regulação de leitos da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em que as gestantes já vêm triada de outros serviços (EBSERH, 2020).

5.4.2 População e amostra

A população deste estudo foi composta por mulheres diagnosticadas com gestação de alto risco, sendo o diagnóstico confirmado por meio dos prontuários das gestantes. A amostragem foi do tipo intencional, visto que a pesquisadora escolheu as participantes a partir do local do estudo. Para estudos do tipo caso-controle sem pareamento, tem-se as fórmulas a seguir:

Para casos:

$$n1 = \frac{(Z\alpha/2 + Z1 - \beta)^2 pq(r + 1)}{r(p1 - p2)^2}$$

Para controles:

$$n2 = rn1$$

Onde, neste estudo, tem-se:

n1= Número de casos

n2= Número de controles

Nível de confiança = 95%

Poder = 80%

r = razão entre o número de controles para casos = 4

p1 † = proporção de indivíduos expostos no grupo caso = 60%

p2 † = proporção de indivíduos expostos no grupo controle = 29%

p = p1 + rp2 ÷ r+1

q = 1-p

† Proporções identificadas no estudo piloto.

Sendo múltiplos os fatores de exposição, a escolha de p1 e p2 em relação a um fator de risco específico foi realizada por meio da variável Transferência de oxigênio ao feto comprometida, a qual foi o fator mais prevalente no estudo piloto.

Foi utilizada a correção de continuidade de Fleiss (1981) e ao arredondar os resultados do cálculo amostral, tem-se 28 participantes no grupo caso e 112 no grupo controle, totalizando 140 mulheres. Com vistas às possíveis perdas amostrais, acrescentou-se o percentual de 10% em cada grupo do estudo. Desse modo, o tamanho amostral foi constituído de 31 participantes no grupo caso e 124 no grupo controle, perfazendo o total de 155 mulheres.

Os valores referentes às proporções de indivíduos expostos nos grupos caso e controle foram oriundos de um estudo piloto realizado com 40 participantes, com objetivo de estabelecer um cálculo amostral fidedigno. O número de participantes no teste piloto foi estabelecido pela pesquisadora e orientadoras do estudo, uma vez que não existem critérios específicos definidos na literatura. Destaca-se que as 40 mulheres participantes do piloto entraram na amostra final deste estudo.

5.4.3 Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão para o grupo caso foram: mulheres que foram diagnosticadas com gestação de alto risco e que tiveram parto prematuro (antes da 37ª semana gestacional) ou óbito fetal (a partir da 28ª semana); e para o grupo controle: mulheres que foram diagnosticadas com gestação de alto risco e que tiveram parto a termo (a partir da 37ª semana) e com feto vivo, conforme classificação da OMS (WHO, 2018; WHO, 2020).

Os critérios de exclusão para os grupos caso e controle foram: mulheres diagnosticadas com gestação de alto risco que foram transferidas para outras instituições de saúde ou que não estavam conscientes e orientadas para responder a entrevista. O nível de consciência e orientação foi observado no prontuário dessas mulheres, durante o período de internamento, por meio da evolução realizada pelos profissionais da área de saúde.

5.4.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados seguiu o Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE E), construído pela pesquisadora e avaliado pelas orientadoras do estudo. Esse POP foi fundamentado nos resultados da análise de conceito e da validação de conteúdo do DE Risco

de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco (GOMES, 2019) e teve por objetivo auxiliar na padronização da coleta de dados, a fim de minimizar os vieses.

O POP contém as definições conceituais e operacionais de cada variável que foi coletada, os recursos materiais utilizados, as normas seguidas para a realização da coleta; as questões referentes à biossegurança (considerando o contexto da pandemia da Covid-19); a descrição das atividades; e as regras para o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes: a primeira continha os dados sociodemográficos (idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, renda familiar, religião e profissão) e os dados gineco-obstétricos das participantes (número de filhos; intercorrências obstétricas; idade da menarca; número de gestações, partos, abortos e óbitos fetais; tipo de parto; cirurgia prévia no útero; intervalo entre as gestações; número de consultas pré-natal da última gestação; participação em grupos de gestantes; tipo e local da realização desses grupos) (APÊNDICE F).

A segunda parte foi o instrumento validado por especialistas, oriundo do estudo de Gomes (2019), o qual continha as definições operacionais dos 10 fatores de risco, quatro populações em risco e seis condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, as quais foram elaboradas por meio da literatura (APÊNDICE G). Esses elementos foram validados por enfermeiros que tinham especialização em obstetrícia/saúde da mulher e/ou com experiência prática e/ou no ensino com DE. Para essa validação, considerou-se o IC do IVC $\geq 0,80$ (GOMES, 2019).

Foi acrescentado nesse instrumento que os itens seriam avaliados de modo dicotômico (sim/não), no intuito de identificar a presença ou ausência dos antecedentes. Além disso, foi ajustado o valor do salário-mínimo para o ano vigente; e as definições operacionais para as variáveis “obesidade”, “sobrepeso”, “ganho de peso gestacional insatisfatório” e “alteração do metabolismo da glicose” foram adaptadas para verificar no prontuário e/ou caderneta da gestante os valores do IMC, do *Hemo Glucose Test* (HGT) e do exame da glicemia.

Outros questionários foram utilizados para operacionalização da identificação dos fatores de risco, de acordo com as definições operacionais dos antecedentes (abuso de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo), os quais são: o *Alcohol Use Disorders Identification Alcohol* (AUDIT), o *Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e o Teste de Fagerström (ANEXOS C, D e E).

O AUDIT foi validado e traduzido para o português em 1999, e contém 10 questões acerca do uso de álcool (margem de zero a quatro pontos). Para o somatório da pontuação final, foi considerado: consumo de baixo risco ou abstinência = 0 a 7 pontos; consumo de risco = 8 a

15 pontos; uso nocivo ou consumo de alto risco = 15 a 19 pontos; provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos) (MÉNDEZ *et al.*, 1999).

O ASSIST foi validado e traduzido para o português em 2004, e consta com oito questões sobre o uso de substâncias (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). Cada resposta corresponde a um escore de zero a quatro, e a soma total pode variar de zero a 20 (0 a 3 pontos - como indicativa de uso ocasional; 4 a 15 pontos - como indicativa de abuso; e ≥ 16 como sugestiva de dependência) (HENRIQUE *et al.*, 2004).

O Teste de Fagerström está em português e contém seis questões acerca do uso de tabaco. Para pontuação de 0 a 2 foi considerada dependência muito baixa; de 3 a 4 dependência baixa; de 5 pontos – dependência média; de 6 a 7 – dependência elevada; e de 8 a 10 – dependência muito elevada (WEBER *et al.*, 2017).

No caso do abuso de álcool e/ou do uso de drogas lícitas ou ilícitas serem identificados, a equipe de pesquisa conversava com os profissionais da área de saúde do Alojamento Conjunto ou COB, com vistas a recomendar o acompanhamento das participantes pelo Núcleo de Dependências Químicas (NEDEQ) do HC/UFPE.

5.4.5 Procedimento para coleta de dados

O procedimento para coleta de dados ocorreu em três etapas (Figura 1).

Figura 1 – Procedimento para coleta de dados da validação clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.



Fonte: A autora (2022).

5.4.5.1 Capacitação para coleta de dados

Duas alunas do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE e que fazem parte do Grupo de Pesquisa

Enfermagem na Saúde da Mulher no contexto da Família foram inseridas na equipe de pesquisa e capacitadas sobre aos aspectos conceituais e operacionais dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado. Também houve o fornecimento de informações sobre a gestação de alto risco, a ruptura da relação simbiótica materno-fetal, a prematuridade e o óbito fetal, além de orientações quanto à realização da coleta de dados e mensuração dos elementos do instrumento.

Essa capacitação ocorreu por meio de seis aulas expositiva-dialogadas, para minimizar o viés de registro e a discrepância da coleta de dados (LOPES, 2013). Realizou-se uma simulação da entrevista com as graduandas de enfermagem e foi entregue o POP para cada uma, com objetivo de conduzir a coleta de dados de forma padronizada e para sanar as eventuais dúvidas.

5.4.5.2 Teste piloto

Além do teste piloto com as 40 gestantes de alto risco para a obtenção do cálculo amostra, foi realizado outro estudo piloto com cinco mulheres que atenderam aos critérios de elegibilidade, com o objetivo de verificar o tempo despendido; as dificuldades que poderiam emergir durante a coleta; os materiais necessários; a adequação do POP à coleta; e a promoção da interação com as participantes e/ou com seus responsáveis, sobretudo em relação aos questionamentos que poderiam ser levantados ao se verificar a presença ou a ausência dos antecedentes do DE em estudo. Após o teste piloto, não houve necessidade de realizar alterações no POP e no instrumento de coleta de dados, e as cinco participantes fizeram parte da amostra.

5.4.5.3 Definição dos grupos caso/controle e coleta de dados

Após a identificação dos grupos caso e controle, foi realizada a coleta de dados. As gestantes de alto risco que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE I), quando menores de 18 anos de idade (neste caso, os pais e/ou responsáveis assinaram também o TCLE) (APÊNDICE J).

Os instrumentos de coleta de dados para investigar o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico das participantes, e os fatores de risco, as populações em risco e as condições associadas do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado foram aplicados. A definição do grupo

caso e controle foi realizada pela pesquisadora principal e a coleta de dados foi realizada pela equipe de pesquisa.

Além das entrevistas, as cadernetas das gestantes e os prontuários das mulheres foram verificados para identificação de alguns fatores de risco, populações em risco e condições associadas do DE. Como a coleta de dados nos prontuários foi realizada durante o internamento, não houve necessidade de ser realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Os fatores de risco (abuso de álcool, uso de substâncias ilícitas, tabagismo, violência, apoio do parceiro ausente/insuficiente e apoio social ausente/insuficiente), as populações em risco (extremos de idade materna, pré-eclâmpsia na gestação anterior, gestante desfavorecida economicamente e gestante com baixo nível educacional), e as variáveis sociodemográficas e gineco-obstétricas foram coletadas por meio da entrevista.

As variáveis coletadas por meio da caderneta da gestante foram os fatores de risco (ganho de peso gestacional insatisfatório, cuidado pré-natal ausente/inadequado, obesidade, sobrepeso) e as condições associadas (alteração do metabolismo da glicose e regime de tratamento).

Enquanto que as variáveis coletadas por meio do prontuário foram as condições associadas (alteração do metabolismo da glicose, complicações gestacionais, condições maternas, regime de tratamento, doenças maternas e transferência de oxigênio ao feto comprometida).

5.4.6 Organização e análise dos dados

Os dados sociodemográficos, gineco-obstétricos e o conjunto dos fatores etiológicos do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado para os grupos caso e controle foram tabulados em dupla digitação no programa Epi Info, versão 3.5.4, em que foi realizada a validação do banco de dados (ANEXO F).

Após a validação, o banco de dados foi exportado do *Microsoft Excel*[®] para o software *Stata*, versão 15.0. Foi realizada uma descrição separada dos dois grupos (caso e controle), com aplicação da inferência estatística para sua comparação.

Os procedimentos de tratamento e análise de dados foram iniciados com o cálculo de distribuições brutas e percentuais para as variáveis categóricas e de medidas de posição e dispersão para as variáveis quantitativas. A normalidade da distribuição destas foi avaliada por meio do teste Shapiro-Wilk. Perante a constatação de distribuição não-normal em todas as variáveis quantitativas do estudo, aplicou-se o teste de Mann-Whitney.

Testes de associação, sendo estes exato de Fisher ou qui-quadrado, foram aplicados para identificar associação entre variáveis categóricas de interesse e a classificação das participantes entre os grupos caso e controle. Para a análise dos fatores etiológicos do DE em estudo foi verificada a OR.

Os fatores etiológicos avaliados neste estudo foram considerados capazes de aumentar as chances para a ocorrência do desfecho ruptura da relação simbiótica materno-fetal quando o p-valor apresentado foi $< 0,05$ e quando a OR apresentou valor maior que um, conforme o IC, o que indica que a exposição ao fator etiológico aumenta as chances de ocorrer o desfecho. Os que tiveram $OR < 1$ foram classificados como fatores de proteção. E quando $OR=1$, não houve associação entre os fatores etiológicos e o desfecho.

Posteriormente, adotaram-se técnicas de regressão logística para identificar o risco associado às ocorrências, com respectivos Intervalos de Confiança a 95%. Por meio do método *stepwise* seguiu-se para a elaboração de modelo reduzido final no intuito de obter o melhor modelo ajustado para o desfecho. Para tanto, foram manejadas as variáveis com valor de p inferior a 0,10 nas análises anteriores, até que fosse alcançado modelo com todas as variáveis significativas e o melhor ajuste possível.

A avaliação do ajuste do modelo final deu-se por meio da estatística de razão de verossimilhança, do teste de Wald e do coeficiente de determinação de Nagelkerke (R^2). Além disso, foram utilizados os testes de Hosmer *and* Lemeshow e de Omnibus. O nível de significância considerado em toda a análise foi de 5%.

5.5 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 anuência da instituição (APÊNDICES K e L), bem como após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE (CAAE nº 47322121.3.0000.5208 e Pareceres nº 4.877.608 e nº 4.848.902) (ANEXO G) e pelo CEP do HC-UFPE (CAAE nº 47322121.3.3001.8807 e Parecer nº 4.958.347) (ANEXO H); mediante a assinatura do TCLE e/ou do TALE (em duas vias), que foram redigidos conforme o modelo proposto por cada CEP.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme as três etapas realizadas no estudo, a saber: construção da TMA; avaliação da TMA; e validação clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

6.1 CONSTRUÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

A TMA preditiva para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco foi construída com o objetivo de explicar as relações causais que podem afetar o binômio mãe-feto. Além disso, possibilitou trazer que o déficit de autocuidado pode ocasionar complicações gestacionais e que a realização do autocuidado e a implementação do sistema de enfermagem apoio-educação podem minimizá-las.

A construção ocorreu por meio dos elementos identificados em uma análise de conceito realizada a partir das etapas da revisão integrativa (GOMES *et al.*, 2020). Esses elementos posteriormente foram validados quanto ao conteúdo pelos juízes (GOMES, 2019). Acrescenta-se que o Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem (OREM, 2001), utilizado para fundamentar a construção, permitiu classificar os antecedentes do DE em fatores intrínsecos ou extrínsecos que podem levar a ocorrência do fenômeno.

Na construção desta TMA, os atributos essenciais e os antecedentes do fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado, identificados na análise de conceito “binômio mãe-feto” (GOMES *et al.*, 2020), foram fundamentais, e foram considerados os conceitos primários da teoria. Já os conceitos oriundos do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem utilizado para fundamentar a construção foram considerados como secundários (Quadro 4).

Quadro 4 – Conceitos primários e secundários da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.

Conceitos primários	Conceitos secundários
Atributos definidores: relação simbiótica materno-fetal; vínculo entre a mãe e o feto.	Fatores Condicionantes Intrínsecos Fatores Condicionantes Extrínsecos Déficit de autocuidado
Fatores de risco: tabagismo; cuidado pré-natal ausente/inadequado; uso de drogas ilícitas;	Sistema de enfermagem apoio-educação

<p>abuso de álcool; obesidade; ganho de peso gestacional insatisfatório; violência; apoio do parceiro ausente/insuficiente; apoio social ausente/insuficiente.</p> <p>Populações em risco: gestante com baixo nível educacional; gestante desfavorecida economicamente; extremos de idade materna; pré-eclâmpsia na gestação anterior.</p> <p>Condições associadas: complicações gestacionais; alteração do metabolismo da glicose; transferência de oxigênio ao feto comprometida; doenças maternas; regime de tratamento; condições maternas.</p>	<p>Requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e de desvio de saúde</p>
---	---

Fonte: A autora (2023).

A TMA construída explica a relação causal entre os conceitos e a ocorrência do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, fenômeno que é caracterizado pelos atributos definidores e ocasionado pelos antecedentes (conceitos primários). Como toda teoria de enfermagem, os conceitos da TMA precisam ser definidos, para que se possa ter a compreensão do fenômeno de enfermagem.

Quanto aos conceitos primários: fatores de risco, populações em risco e condições associadas, as definições conceituais e operacionais foram construídas pela pesquisadora e avaliadas por especialistas em estudo prévio (GOMES, 2019) (APÊNDICE G). Enquanto as definições conceituais dos atributos definidores foram construídas nesta pesquisa (Quadro 5).

Quadro 5 – Definições conceituais dos atributos. Recife, PE, Brasil, 2023.

Definições dos atributos definidores
<p>Relação simbiótica materno-fetal: Corresponde à troca placentária, em que a placenta funciona como um agente da simbiose, desempenhando funções respiratórias, nutritivas, excretórias, endócrinas e imunológicas para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar do</p>

binômio mãe-feto (GUTTMACHER; MADDOX; SPONG, 2014; BALLER *et al.*, 2019; FILIZOLA *et al.*, 2019).

Vínculo entre a mãe e o feto: Interação afetivo-emocional entre a mãe e o feto que contribui para a satisfação das necessidades relacionadas às alterações gestacionais (físicas, psíquicas, hormonais e sociais) (FONSECA, 2010).

Fonte: A autora (2023).

Os conceitos secundários da TMA, provenientes do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, também foram definidos conceitualmente, a saber: Fatores Condicionantes Intrínsecos e Extrínsecos, Déficit de autocuidado, Sistema de enfermagem apoio-educação, Requisitos de autocuidado universal, Requisitos de autocuidado desenvolvimental e Requisitos de autocuidado de desvio da saúde. Essas definições foram utilizadas para compreensão de conceitos que, mesmo sendo considerados como secundários, também foram importantes para a construção da TMA deste estudo (Quadro 6).

Quadro 6 – Definições conceituais dos conceitos secundários. Recife, PE, Brasil, 2023.

Definições dos conceitos secundários
Fatores Condicionantes Intrínsecos: Fatores internos à pessoa que podem afetar a realização do autocuidado, tais como: idade, sexo, estado de desenvolvimento e estado de saúde (OREM, 2001).
Fatores Condicionantes Extrínsecos: Fatores externo à pessoa que podem afetar a realização do autocuidado, tais como: a orientação sociocultural, os fatores do sistema de saúde, os fatores do sistema familiar, o padrão de vida, os fatores ambientais e a disponibilidade e adequação de recursos (OREM, 2001).
Déficit de autocuidado: Ocorre quando a pessoa não consegue realizar ações de autocuidado, em que o cuidado de enfermagem pode ser necessário (OREM, 2001).
Sistema de enfermagem apoio-educação: Papel da enfermagem que auxilia e ensina a pessoa quanto à tomada de decisão, ao controle de comportamentos e à obtenção de conhecimentos e habilidades para desempenhar ações de autocuidado (OREM, 2001).
Requisitos de autocuidado universal: Requisitos comuns a todas as pessoas e necessários em todas as fases do desenvolvimento, à manutenção da estrutura do organismo e ao funcionamento do corpo humano (OREM, 2001).

Requisitos de autocuidado desenvolvimental: Requisitos associados aos períodos de adaptação, a exemplo das modificações no corpo – gestação. Esses requisitos também estão associados ao processo de desenvolvimento humano (OREM, 2001).

Requisitos de autocuidado de desvio de saúde: Requisitos exigidos em situações de doença e de lesões. Além disso, pode ser necessário no diagnóstico ou tratamento de alguma enfermidade (OREM, 2001).

Fonte: A autora (2023).

Os conceitos primários e secundários utilizados para a construção da TMA Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco foram utilizados para o estabelecimento da relação causal. Fez-se analogia entre os conceitos primários: fatores de risco, populações em risco e condições associadas; e os secundários: fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos.

Além disso, nesta TMA, os fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos foram categorizados em: predisponentes, precipitantes, incapacitantes e/ou reforçadores, com o objetivo de trazer a hierarquia causal entre os elementos que compõem a teoria. A partir da compreensão de cada conceito, foram confirmados por meio da literatura científica quais fatores de risco, populações em risco e condições associadas podem ser considerados predisponentes (que aumentam a susceptibilidade ao fenômeno), precipitantes (que iniciam a cadeia causal), incapacitantes (que influem na recuperação e promoção da saúde) e reforçadores (que ampliam o efeito de outras situações já existentes) (Quadro 7).

Quadro 7 – Relação causal entre os conceitos primários e secundários da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.

FCI predisponentes	FCI reforçadores	FCI precipitantes	FCI incapacitantes
Extremos de idade materna; abuso de álcool; uso de drogas ilícitas; tabagismo.	Ganho de peso gestacional insatisfatório; sobrepeso; obesidade; pré-eclâmpsia na gestação anterior; condições maternas.	complicações gestacionais; alterações do metabolismo da glicose; transferência de oxigênio ao feto comprometida; doenças maternas.	-

FCE predisponentes	FCE reforçadores	FCE precipitantes	FCE incapacitantes
violência; regime de tratamento.	-	-	cuidado pré-natal ausente/inadequado; apoio do parceiro ausente/insuficiente; apoio social ausente/insuficiente; gestante com baixo nível educacional; gestante desfavorecida economicamente.

Fonte: A autora (2023).

Por utilizar o Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, também foi feita uma analogia entre o conceito secundário “ausência/insuficiência do sistema de enfermagem apoio-educação” e o (FCE)/fator de risco “Cuidado pré-natal ausente/inadequado” – conceito primário.

Essa analogia foi estabelecida, já que o sistema de enfermagem apoio-educação possibilita orientar os indivíduos acerca do autocuidado (OREM, 2001) e o cuidado pré-natal permite também essa orientação por meio da realização de consultas. Contudo, quando há a ausência/insuficiência de ambos, ocorre o déficit dos requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e de desvio de saúde (conceitos secundários), os quais foram apresentados como causadores dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas (conceitos primários) (Quadro 8).

Quadro 8 – Relação entre os conceitos da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.

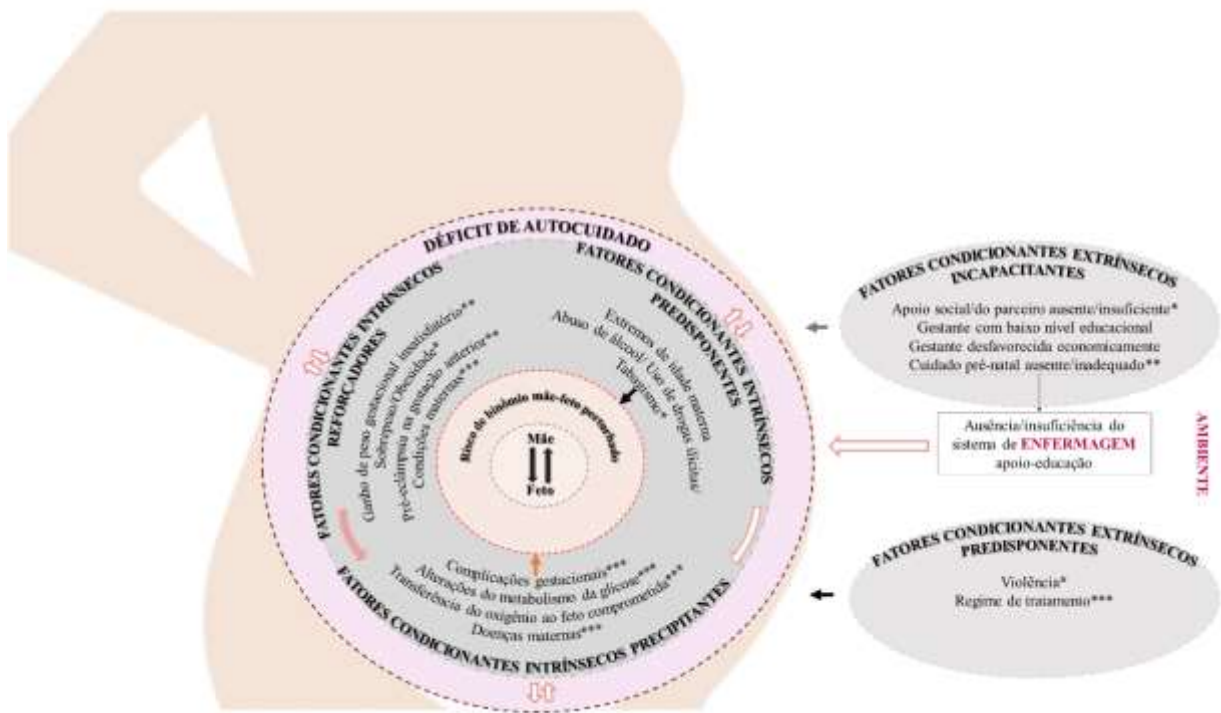
Relação entre os conceitos	
Conceitos secundários	Conceitos primários
Ausência/insuficiência do sistema de enfermagem apoio-educação	= Cuidado pré-natal ausente/inadequado
Déficit dos requisitos de autocuidado universal	→ Abuso de álcool; Uso de drogas ilícitas; Tabagismo; Sobrepeso; Obesidade; Apoio social ausente/insuficiente;

		Apoio do parceiro ausente/insuficiente; Violência.
Déficit dos requisitos de autocuidado desenvolvimental	→	Ganho de peso gestacional insatisfatório; Cuidado pré-natal ausente/inadequado.
Déficit dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde	→	Pré-eclâmpsia na gestação anterior; Condições maternas; Complicações gestacionais; Alterações do metabolismo da glicose; Transferência do oxigênio ao feto comprometida; Doenças maternas; Regime de tratamento.

Fonte: A autora (2023).

Para melhor compreensão das relações causais entre os conceitos primários e secundários, foi construído um pictograma (Figura 2).

Figura 2 – Pictograma da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.



Fonte: A autora (2023).

Legenda: *Déficit dos requisitos de autocuidado universal; **Déficit dos requisitos de autocuidado desenvolvimental; ***Déficit dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde.

↕ Relação simbiótica e Vínculo entre a mãe-feto; ↓ Aumenta a susceptibilidade ao fenômeno; ↓ Inicia a cadeia causal; ↓ Interfere na promoção à saúde; ↑ Potencializa; → Reforça

O pictograma apresenta uma gestante de alto risco e quatro círculos pontilhados. O primeiro é o central e representa a relação simbiótica e o vínculo materno-fetal, o segundo corresponde ao fenômeno de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado, o qual pode interromper a simbiose devido à presença dos fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos.

O terceiro círculo representa os fatores condicionantes intrínsecos interligados e o quarto simboliza o déficit de autocuidado, que pode potencializar tanto os fatores condicionantes intrínsecos quanto os extrínsecos (representados pela parte externa do pictograma). Esses fatores e a ausência/insuficiência do sistema de enfermagem apoio-educação (retratado pelo retângulo) podem potencializar o déficit de autocuidado.

Neste pictograma, também é possível observar os quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa (gestante de alto risco), saúde (relação simbiótica materno-fetal preservada), enfermagem (sistema apoio-educação) e ambiente (OREM, 2001; FAWCETT, 2012).

A partir da inter-relação dos conceitos utilizados para a construção da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, foram elaboradas 14 proposições, a fim de clarificar as relações causais, a saber:

1. A saúde, a vida e o bem-estar do binômio mãe-feto são afetados pelo déficit de autocuidado. Assim, o autocuidado é essencial para a manutenção da saúde, da vida e do bem-estar do binômio;
2. A perturbação do binômio mãe-feto pode interromper a relação simbiótica materno-fetal e o vínculo entre a mãe e o feto, pois afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais;
3. Os antecedentes que afetam negativamente o binômio mãe-feto podem ser classificados em fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos. Estes podem afetar a capacidade e a necessidade da gestante de alto risco cuidar de si mesma, ocasionando o déficit de autocuidado; e esse déficit pode potencializá-los.
4. Extremo de idade materna, alcoolismo, uso de drogas ilícitas e tabagismo são fatores condicionantes intrínsecos predisponentes; a violência e o regime de tratamento são fatores condicionantes extrínsecos predisponentes, pois aumentam a susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado;

5. Ganho de peso gestacional insatisfatório, sobrepeso, obesidade, pré-eclâmpsia na gestação anterior e condições maternas são fatores condicionantes intrínsecos reforçadores, pois amplificam o efeito das condições clínicas preexistentes na gestação de alto risco;
6. Complicações gestacionais, alteração do metabolismo da glicose, transferência do oxigênio ao feto comprometida e doenças maternas são potencializadas pelos fatores condicionantes intrínsecos reforçadores e são precipitantes, pois podem iniciar a cadeia causal para o Risco de binômio mãe-feto perturbado;
7. Cuidado pré-natal ausente/inadequado, apoio do parceiro ou social ausente/insuficiente, gestantes desfavorecidas economicamente e gestantes com baixo nível educacional são fatores condicionantes extrínsecos incapacitantes, pois interferem na recuperação e na promoção da saúde da gestante de alto risco;
8. A ausência/insuficiência do sistema de enfermagem apoio-educação (cuidado pré-natal ausente/inadequado) potencializa o déficit do autocuidado da gestante de alto risco o que, conseqüentemente, interfere nos fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos, e promove a susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado;
9. Os fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos para o Risco de binômio mãe-feto perturbado são influenciados uns pelos outros e interferem na relação simbiótica materna-fetal;
10. O ambiente social da gestante de alto risco (apoio do parceiro ou social ausente/insuficiente), quando afetado, leva a susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado;
11. O déficit dos requisitos de autocuidado universal das gestantes de alto risco pode ocasionar o tabagismo, a violência, o apoio social e/ou do parceiro ausente/insuficiente, o sobrepeso e a obesidade;
12. O déficit dos requisitos de autocuidado desenvolvimental das gestantes de alto risco pode ocasionar o ganho de peso gestacional insatisfatório, a pré-eclâmpsia na gestação anterior e o cuidado pré-natal ausente/inadequado;
13. O déficit dos requisitos de autocuidado de desvio da saúde pode ocasionar as condições maternas, complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, transferência de oxigênio ao feto comprometida e doenças maternas;
14. A enfermagem deve promover o sistema de apoio-educação, com vistas a estimular o autocuidado da gestante de alto risco, bem como deve promover o equilíbrio do

ambiente social para reduzir e evitar a susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado.

As evidências para prática clínica, acerca das relações de causalidade, apresentadas no pictograma e nas proposições da TMA, foram abordadas na discussão (tópico 7.1).

6.2 AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

6.2.1 Caracterização dos juízes

Para realização da avaliação da TMA, 54 juízes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados. Destes, 12 aceitaram participar da pesquisa e sete confirmaram participação por meio da assinatura do TCLE e da devolução do instrumento de coleta de dados preenchido (a taxa de retorno dos instrumentos foi de 58,33%). Os sete juízes que compuseram a amostra tiveram pontuação total do nível de expertise de 83 pontos.

A maioria dos juízes era do sexo feminino (85,72%), residia nas regiões sudeste (42,86%) e nordeste (42,86%), tinha especialização na área da saúde (82,72%), mestrado em enfermagem (57,14%), doutorado em enfermagem (57,14%), atuava como docente (57,14%) e foi classificada com o nível de expertise “competente” (57,14%).

Além disso, a maioria desenvolveu estudo na temática construção de teoria (42,86%), porém, ainda não desenvolveu como orientador estudos nesta temática (85,72%). A maior parcela dos juízes já avaliou alguma Teoria de Enfermagem (42,86%), participou de grupo de pesquisa (71,42%) e ministrou disciplina que envolve essa temática (57,14%).

Dos sete participantes do estudo, 85,72% não participavam de grupo de pesquisa sobre gestação de alto risco, 71,42% não ministravam disciplina que envolve a temática, 57,14% não utilizavam TMA na prática e 57,14% não ministrou palestras em eventos científicos sobre temas relacionados a teorias de enfermagem. A maioria apresentou-se como autor de artigos científicos na temática Teorias de Enfermagem (87,52%) e foi ouvinte de eventos científicos com temas relacionados a teorias de enfermagem (71,42%).

Em relação às variáveis quantitativas que aderiram à distribuição normal ($p > 0,05$), destacam-se os valores da média. A média de idade foi de 41,42 anos; enquanto que o tempo de formação, tempo de pesquisa na área de Teorias de Enfermagem, tempo de grupo de pesquisa sobre Teorias de Enfermagem foram de aproximadamente 17, 4,0 e 5,0 anos, respectivamente.

As outras variáveis não aderiram à distribuição normal ($p < 0,05$). Destaca-se que o valor da mediana de zero anos correspondeu ao tempo de prática, ao tempo de pesquisa na área de gestação de alto risco, ao tempo de grupo de pesquisa sobre gestação de alto risco, ao tempo de ensino em disciplina que envolve a temática gestação de alto risco e à quantidade de participação em eventos científicos com temas relacionados a teorias de enfermagem.

A mediana do tempo de experiência na construção de Teoria de Enfermagem foi de quatro anos (valor próximo à média da variável). Ademais, a mediana do tempo de ensino em disciplina que envolve a temática Teorias de Enfermagem e da quantidade de artigos publicados na temática de Teorias de Enfermagem foi de um ano (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da caracterização dos juízes que avaliaram a Teoria de Médio Alcance. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7)

Variáveis	n	%
(continua)		
1. Sexo		
Feminino	6	85,72
Masculino	1	14,28
2. Região		
Sudeste	3	42,86
Nordeste	3	42,86
Sul	1	14,28
3. Titulação		
Doutor	4	57,14
Mestre	2	28,58
Especialista	1	14,28
4. Especialização na área da saúde		
Sim	6	85,72
Não	1	14,28
5. Mestrado em enfermagem		
Sim	4	57,14
Não	3	42,86
6. Doutorado em enfermagem		
Sim	4	57,14
Não	3	42,86
7. Ocupação		
Docente	4	57,14
Enfermeiro (a) assistencial	3	42,86
8. Nível de expertise		
Competente	4	57,14
Iniciante avançado	2	28,58
Proficiente	1	14,28

Tabela 1 – Distribuição da caracterização dos juízes que avaliaram a Teoria de Médio Alcance. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7)

(continuação)					
Variáveis	n	%			
9. Estudo na temática construção de Teoria de Enfermagem					
Tese	3	42,86			
Artigos científicos	2	28,58			
Monografia de graduação e Artigos científicos	1	14,28			
Tese e Artigos científicos	1	14,28			
10. Orientador de estudo na temática construção de Teoria de Enfermagem					
Não desenvolveu	6	85,72			
Monografia de graduação, Dissertação, Tese e Artigos científicos	1	14,28			
11. Avaliação de Teoria de Enfermagem					
Sim	3	42,86			
Não	4	57,14			
12. Participação em grupo de pesquisa sobre Teorias de Enfermagem					
Sim	5	71,42			
Não	2	28,58			
13. Participação em grupo de pesquisa sobre gestação de alto risco					
Sim	1	14,28			
Não	6	85,72			
14. Ministra disciplina que envolve a temática Teorias de Enfermagem					
Sim	4	57,14			
Não	3	42,86			
15. Ministra disciplina que envolve a temática gestação de alto risco					
Sim	2	28,58			
Não	5	71,42			
16. Utilização de Teoria de Médio Alcance na prática					
Sim	3	42,86			
Não	4	57,14			
17. Autor de artigos científicos na temática Teorias de Enfermagem					
Sim	6	87,52			
Não	1	14,28			
18. Palestrante em eventos científicos para ministrar temas relacionados a teorias de enfermagem					
Sim	3	42,86			
Não	4	57,14			
19. Ouvinte de eventos científicos com temas relacionados a teorias de enfermagem					
Sim	5	71,42			
Não	2	28,58			
	Média	DP ^l	Mediana	IIQ [†]	Valor p*
20. Idade	41,42	9,29	39,00	12,00	0,802
21. Tempo de formação	17,71	8,86	18,00	12,00	0,886

Tabela 1 – Distribuição da caracterização dos juízes que avaliaram a Teoria de Médio Alcance. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7)

	Média	DP ^l	Mediana	IIQ [†]	Valor p*
					(conclusão)
22. Tempo de prática	2,28	4,39	0,00	2,00	<0,001
23. Tempo de experiência na construção de Teoria de Enfermagem	3,71	1,80	4,00	2,00	0,019
24. Tempo de pesquisa na área de gestação de alto risco	0,29	0,76	0,00	0,00	<0,001
25. Tempo de pesquisa na área de Teorias de Enfermagem	4,14	0,90	4,00	2,00	0,062
26. Tempo de grupo de pesquisa sobre Teorias de Enfermagem	5,14	4,71	4,00	10,00	0,491
27. Tempo de grupo de pesquisa sobre gestação de alto risco	0,29	0,76	0,00	0,00	<0,001
28. Tempo de ensino em disciplina que envolve a temática Teorias de Enfermagem	2,43	3,26	1,00	6,00	0,031
29. Tempo de ensino em disciplina que envolve a temática gestação de alto risco	2,00	4,12	0,00	3,00	<0,001
30. Quantidade de artigos publicados na temática de Teorias de Enfermagem	1,57	1,62	1,00	1,00	0,011
31. Quantidade de participação em eventos científicos com temas relacionados a teorias de enfermagem	0,71	0,95	0,00	2,00	0,008

Fonte: A autora (2023).

Legenda: ^l Desvio-padrão. [†] Intervalo Interquartilico. * Teste de Shapiro Wilk.

6.2.2 Avaliação da Teoria de Médio Alcance

A seguir será mostrado os resultados da avaliação da TMA. Dentre os 18 itens, 17 obtiveram média superior a 4,0, o que indica favorável coerência da TMA, segundo a avaliação dos juízes. Apenas o item “Previsão dos resultados ou consequências” obteve média inferior a esse valor (3,71); e apenas o item “Existência de um modelo/diagrama” obteve a média máxima 5,0. A média geral das avaliações foi de 4,64 (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação da Teoria de Médio Alcance. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7)

	Média	DP ^l	Mediana	IIQ [†]
				(continua)
Itens	Média	DP ^l	Mediana	IIQ [†]
Descrição da finalidade da teoria	4,28	0,75	4	0
Tipo da teoria (TMA)	4,85	0,37	5	0
Descrição da origem da teoria	4,71	0,48	5	0
Descrição dos principais conceitos	4,71	0,75	5	0

Tabela 2 - Avaliação da Teoria de Médio Alcance. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7)

(conclusão)

Itens	Média	DP ^l	Mediana	IIQ [†]
Descrição das principais proposições	4,57	0,78	5	0
Descrição do contexto para o uso	4,71	0,48	5	0
Definição teórica e operacional dos conceitos	4,71	0,75	5	0
Explicitação dos vínculos	4,14	0,89	4	0
Organização lógica da teoria	4,57	0,78	5	0
Existência de um modelo/diagrama	5,0	0	5	0
Contribuição do modelo/diagrama para o esclarecimento da teoria	4,85	0,37	5	0
Fundamentação dos conceitos	4,57	0,53	5	0
Previsão dos resultados e das consequências	3,71	1,25	4	0
Congruência da teoria com os atuais padrões da enfermagem	4,85	0,37	5	0
Apoio da literatura	4,85	0,37	5	0
Relevância social da teoria	4,85	0,37	5	0
Relevância transcultural da teoria	4,57	0,78	5	0
Contribuição para a disciplina de enfermagem	5,0	0	5	0
Instrumento de avaliação completo	4,64	0,26	4,22	5

Fonte: A autora (2023).

Legenda: ^l Desvio-padrão. [†] Intervalo Interquartilico.

O IVC da TMA ponderado por nível de expertise será apresentado a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo da Teoria de Médio Alcance ponderado por nível de expertise. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7)

(continua)

Itens	Teste Shapiro-Wilk		Índice de Validade de Conteúdo [‡]	
	W	Valor de p	Média ou mediana ponderada	IC95%
Descrição da finalidade da teoria	0,869	0,182	0,85 ^l	0,787; 0,923
Tipo da teoria (TMA)	0,537	<0,001	0,96 ^l	0,921; 0,998
Descrição da origem da teoria	0,989	0,991	0,93 ^l	0,884; 0,975
Descrição dos principais conceitos	0,537	<0,001	0,96 [†]	0,902; 1,00
Descrição das principais proposições	0,908	0,383	0,92 ^l	0,849; 0,990
Descrição do contexto para o uso	0,989	0,991	0,94 ^l	0,895; 0,984
Definição teórica e operacional dos conceitos	0,537	<0,001	0,94 [†]	0,871; 1,00
Explicitação dos vínculos	0,980	0,959	0,81 ^l	0,732; 0,887
Organização lógica da teoria	0,908	0,383	0,92 ^l	0,849; 0,990
Existência de um modelo/diagrama	*	*	1,0 ^l	*
Contribuição do modelo/diagrama para o esclarecimento da teoria	0,537	<0,001	0,97 [†]	0,935; 1,00

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo da Teoria de Médio Alcance ponderado por nível de expertise. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=7)

(conclusão)

Itens	Teste Shapiro - Wilk		Índice de Validade de Conteúdo [‡]	
	W	Valor de p	Média ou mediana ponderada	IC95%
Fundamentação dos conceitos	0,981	0,964	0,92 ^l	0,872; 0,967
Previsão dos resultados e das consequências	0,887	0,260	0,73 ^l	0,619; 0,619
Congruência da teoria com os atuais padrões da enfermagem	0,537	<0,001	0,98 [†]	0,951; 1,00
Apoio da literatura	0,537	<0,001	0,98 [†]	0,951; 1,00
Relevância social da teoria	0,537	<0,001	0,97 [†]	0,935; 1,00
Relevância transcultural da teoria	0,908	0,383	0,93 ^l	0,867; 0,992
Contribuição para a disciplina de enfermagem	*	*	1,0 ^l	*

Fonte: A autora (2023).

Legenda: ^l Média ponderada; [†] Mediana ponderada; * Valores que não apresentaram variabilidade.

A análise demonstrou que 17 itens atingiram o consenso, visto que apresentaram média ou mediana do IVC $\geq 0,80$, o que demonstra haver o consenso dos juízes na primeira rodada de avaliação para esses itens. Ademais, percebe-se que os intervalos de confiança são estreitos, que ocorreu pela consistência das respostas dos juízes, o que demonstra que não houve variação.

Apenas um item apresentou média ponderada do IVC $< 0,80$ - “Previsão dos resultados e das consequências”, não atingindo o consenso, o que pode ter ocorrido por causa da incompreensão dos juízes do que seriam os resultados e as consequências, bem como do uso de termos tendenciosos nas proposições da TMA, conforme relataram: “atentar para o determinismo em algumas proposições”, “não entendi a afirmação”, “algumas proposições merecem uma revisão, pois estão dando a impressão de obrigatoriamente acarretar a perturbação” e “poderia escolher entre as palavras reduzir ou evitar ou utilizar outra palavra como mitigar, por exemplo”.

Foram realizados os ajustes nas proposições e, por não haver a obtenção do consenso desse item, houve uma segunda rodada de avaliação com os mesmos juízes que participaram da primeira rodada. Dos sete juízes, quatro enviaram o instrumento de coleta de dados preenchido, após cinco tentativas de contato (houve perda de três avaliadores).

Foram enviados os seguintes ajustes das proposições para os juízes avaliarem na segunda rodada de avaliação:

1. A saúde, a vida e o bem-estar do binômio mãe-feto **podem ser afetados** pelo déficit de autocuidado. Assim, o autocuidado é essencial para a manutenção da saúde, da vida e do bem-estar do binômio;
2. A perturbação do binômio mãe-feto pode interromper a relação simbiótica materno-fetal e o vínculo entre a mãe e o feto, pois **pode afetar** o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais;
3. Os antecedentes que afetam negativamente o binômio mãe-feto **podem ser** classificados em fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos. Estes podem afetar a capacidade e a necessidade da gestante de alto risco cuidar de si mesma, ocasionando o déficit de autocuidado; e esse déficit pode potencializá-los.
4. Extremo de idade materna, alcoolismo, uso de drogas ilícitas e tabagismo são fatores condicionantes intrínsecos predisponentes; a violência, **o apoio social/do parceiro ausente/insuficiente** e o regime de tratamento são fatores condicionantes extrínsecos predisponentes, pois **podem aumentar** a susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado;
5. Ganho de peso gestacional insatisfatório, sobrepeso, obesidade, pré-eclâmpsia na gestação anterior e condições maternas são fatores condicionantes intrínsecos reforçadores, pois **podem amplificar** o efeito das condições clínicas preexistentes na gestação de alto risco;
6. Complicações gestacionais, alteração do metabolismo da glicose, transferência do oxigênio ao feto comprometida e doenças maternas **podem ser** potencializadas pelos fatores condicionantes intrínsecos reforçadores e são precipitantes, pois podem iniciar a cadeia causal para o Risco de binômio mãe-feto perturbado;
7. Cuidado pré-natal ausente/inadequado, apoio social/do parceiro ausente/insuficiente, gestantes desfavorecidas economicamente e gestantes com baixo nível educacional são fatores condicionantes extrínsecos incapacitantes, pois **podem interferir** na recuperação e na promoção da saúde da gestante de alto risco;
8. A ausência/insuficiência do sistema de enfermagem apoio-educação (cuidado pré-natal ausente/inadequado) **pode potencializar** o déficit do autocuidado da gestante de alto risco o que, conseqüentemente, interfere nos fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos, e promove a susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado;
9. Os fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos para o Risco de binômio mãe-feto perturbado **podem ser** influenciados uns pelos outros e **podem interferir** na relação simbiótica materna-fetal;

10. O ambiente social da gestante de alto risco (apoio do parceiro ou social ausente/insuficiente), quando afetado, **pode levar** à susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado;
11. O déficit dos requisitos de autocuidado universal das gestantes de alto risco pode ocasionar o tabagismo, a violência, o apoio social e/ou do parceiro ausente/insuficiente, o sobrepeso e a obesidade;
12. O déficit dos requisitos de autocuidado desenvolvimental das gestantes de alto risco pode ocasionar o ganho de peso gestacional insatisfatório, a pré-eclâmpsia na gestação anterior e o cuidado pré-natal ausente/inadequado;
13. O déficit dos requisitos de autocuidado de desvio da saúde pode ocasionar as condições maternas, complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, transferência de oxigênio ao feto comprometida e doenças maternas;
14. A enfermagem deve promover o sistema de apoio-educação, com vistas a estimular o autocuidado da gestante de alto risco, bem como **pode** promover o equilíbrio do ambiente social para **mitigar** a susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado.

Na segunda rodada de avaliação obteve-se o consenso do item “Previsão dos resultados e das consequências”, uma vez que a média ponderada do IVC foi 0,87 e o IC 95% foi [0,849; 0890]). Em relação a esse item, percebe-se também que o IC é estreito, o que demonstra consistência das respostas dos juízes.

Salienta-se que na primeira rodada de avaliação, os juízes fizeram comentários positivos aos itens que foram bem avaliados (IVC > 0,80): “a teoria tem escopo circunscrito e é substantivamente específica, caracterizando uma TMA”, “sua origem está detalhadamente escrita”, “todos os conceitos estão claros e bem definidos”, “o contexto da gestação de alto risco está descrito”, “a autora apresenta as definições teóricas e operacionais de cada conceito”, “a TMA está organizada de forma lógica, com coerência e convergência entre seus elementos”, “o pictograma facilita a compreensão do fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco”, “os conceitos fundamentam-se em referências atuais e pertinentes” e “as consequências das relações entre os conceitos estão explicitadas”.

Outros comentários foram: “a TMA contribui para a evolução dos padrões de enfermagem”, “é apoiada em literatura ampla, atual e pertinente”, “a TMA tem sua relevância social pelo potencial de qualificar o cuidado de enfermagem às gestantes de alto risco”, “os

conceitos da teoria permitem seu uso em diferentes contextos culturais” e “a TMA em análise contribui para a disciplina da Enfermagem e para o fortalecimento da mesma”.

Mesmo assim, houve sugestões e considerações: “poderia estar mais clara a definição de TMA preditiva”, “acredito que apoio social e do parceiro ausente/insuficiente poderiam ser FCE predisponente” e “analisar se a Transferência do oxigênio ao feto comprometida já não se configura uma perturbação do binômio e não um fator precipitante”.

Dessas sugestões, foi acatado o acréscimo dos fatores de risco Apoio social ausente/insuficiente e Apoio do parceiro ausente/insuficiente como fatores condicionantes extrínsecos predisponentes, visto que esses tornam a gestante de alto risco mais vulnerável ao Risco de binômio mãe-feto perturbado. A modificação foi realizada nas proposições avaliadas na segunda rodada e esses fatores não foram retirados dos fatores condicionantes extrínsecos incapacitantes, já que também interferem na promoção da saúde das gestantes de alto risco.

Como houve o acréscimo dos fatores condicionantes extrínsecos predisponentes, as relações causais da TMA Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco foram alteradas (Quadro 9).

Quadro 9 – Relação causal entre os conceitos primários e secundários da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco após a avaliação dos juízes. Recife, PE, Brasil, 2023.

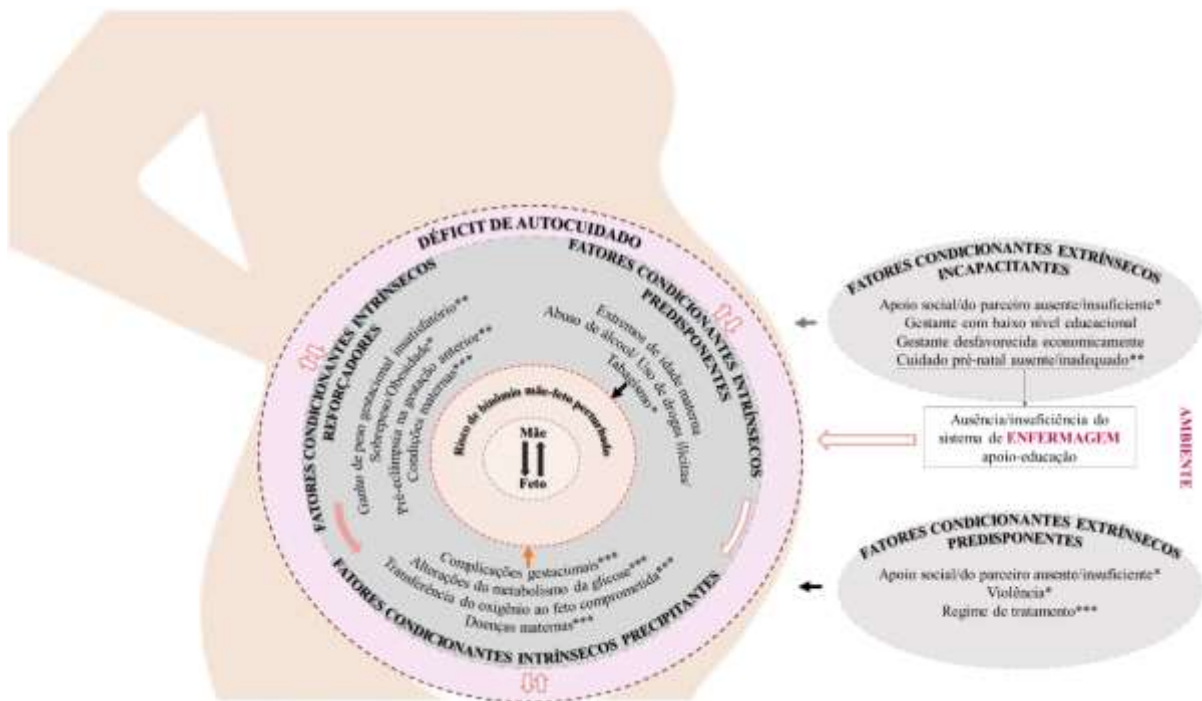
FCI predisponentes	FCI reforçadores	FCI precipitantes	FCI incapacitantes
Extremos de idade materna; abuso de álcool; uso de drogas ilícitas; tabagismo.	Ganho de peso gestacional insatisfatório; sobrepeso; obesidade; pré-eclâmpsia na gestação anterior; condições maternas.	Complicações gestacionais; alterações do metabolismo da glicose; transferência de oxigênio ao feto comprometida; doenças maternas.	-
FCE predisponentes	FCE reforçadores	FCE precipitantes	FCE incapacitantes
Violência; regime de tratamento; apoio do parceiro			Cuidado pré-natal ausente/inadequado; apoio do parceiro

<p>ausente/insuficiente; apoio social ausente/insuficiente.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>ausente/insuficiente; apoio social ausente/insuficiente; gestante com baixo nível educacional; gestante desfavorecida economicamente.</p>
--	----------	----------	--

Fonte: A autora (2023).

Também houve alteração no pictograma da TMA por causa do acréscimo nos fatores condicionantes extrínsecos predisponentes (Figura 3).

Figura 3 – Pictograma da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco após a avaliação dos juízes. Recife, PE, Brasil, 2023.



Fonte: A autora (2023).

Legenda: *Déficit dos requisitos de autocuidado universal; **Déficit dos requisitos de autocuidado desenvolvimental; ***Déficit dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde.
 ⇕ Relação simbiótica e Vínculo entre a mãe-feto; ↓ Aumenta a susceptibilidade ao fenômeno; ↓ Inicia a cadeia causal; ↓ Interfere na promoção à saúde; ↑ Potencializa; → Reforça

Em relação à definição da TMA preditiva, esta já estava descrita nas evidências para a prática clínica. Para não haver repetição de informações, a sugestão não foi acatada. O FCI

precipitante Transferência do oxigênio ao feto comprometida também foi mantido, uma vez que este foi um antecedente encontrado na análise de conceito “binômio mãe-feto” e foi validado por especialistas (GOMES, 2019), além de constar como fator de risco do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado na Taxonomia da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021) e ser um fator condicionante importante para o DE em estudo, conforme a literatura aponta (BALLER *et al.*, 2019; FILIZOLA *et al.*, 2019; BRASIL, 2022).

O instrumento de coleta de dados continha o questionamento subjetivo “Quais são as implicações para a enfermagem relacionadas à implementação da teoria?”. As respostas dos juízes foram:

“Maior assertividade dos cuidados” (J1)

“Aproximação da teoria com a prática clínica da gestante” (J2)

“Conexão entre teorias de enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem; permite visão mais ampla do fenômeno e facilita a compreensão do diagnóstico contribuindo para que o enfermeiro possa planejar as intervenções de modo mais assertivo” (J3)

“Maior acurácia no fechamento do Diagnóstico de Enfermagem” (J4)

“A Teoria é parcimoniosa e apresenta conceitos bem relacionados. Acredita-se que eles podem ser usados com facilidade por enfermeiros e discentes de enfermagem, ao prestar cuidado a gestantes de alto risco e identificar o Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado” (J5)

“Desenvolvimento da Enfermagem científica, delimitação da profissão, criação e apropriação de uma área do conhecimento, melhor cuidado para a paciente e consequente contribuição para a sociedade” (J6)

“A TMA poderá auxiliar enfermeiros que acompanham gestantes a identificar riscos de maneira precoce e, assim, diminuir a possibilidade de perturbação da simbiose materno-fetal, bem como do vínculo entre eles. Esse fato tem o potencial de melhorar os desfechos maternos e perinatais ao reduzir complicações evitáveis que poderão ser previstas através do uso da TMA” (J7)

Nas respostas dos juízes foi possível perceber que o uso da TMA na prática clínica pode subsidiar os enfermeiros ou estudantes de enfermagem na prestação da assistência a gestantes de alto risco, sobretudo na identificação precisa do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado e, consequentemente, na implementação de intervenções de enfermagem que minimizem ou evitem a ruptura da relação simbiótica entre a mãe e o feto.

6.3 VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

6.3.1 Caracterização sociodemográfica das gestantes de alto risco

Diante dos dados da caracterização sociodemográfica das gestantes de alto risco pertencentes ao grupo caso e ao grupo controle, verifica-se que no grupo caso houve uma predominância menor de mulheres de cor parda (proporção menor do que o grupo controle) em comparação com o número de gestantes de cor branca. Ademais, a cor branca demonstrou ser um fator de risco (OR = 3,21).

Em ambos os grupos, a maioria das participantes do estudo tinha ensino médio completo, estava empregada e era solteira. Não foi identificada diferença significativa entre essas características – grupos casos e controles similares quanto a esses aspectos.

A maioria das gestantes de alto risco do grupo caso possuía renda menor que um salário-mínimo, enquanto as do grupo controle possuía renda entre um a dois salários. As participantes do grupo caso predominantemente não tinham religião e as do grupo controle eram evangélicas. Apesar disso, ao se comparar os grupos, não houve diferença significativa quanto a essas características.

A diferença das médias e medianas da variável idade entre os grupos é pequena. A idade mínima do grupo caso foi de 16 anos, enquanto no grupo controle foi de 14 anos. A máxima foi de 38 anos para o grupo caso e 42 para o grupo controle, não havendo diferença significativa. Em relação ao número de filhos, houve variação de zero a cinco filhos no grupo caso e de um a 10 no grupo controle (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica das participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(continua)

Variáveis	Grupo		Total		OR (IC95%)	X ² _S	Valor de p
	Caso n	Controle n	Caso %	Controle %			
Raça/cor						17,05	0,003
Parda [†]	13	90	41,94	72,58	103	66,45	1,00
Branca	10	16	32,26	12,90	26	16,77	3,21 (1,28; 8,04)
Negra	4	13	12,90	10,48	17	10,97	1,26 (0,38; 4,18)
Morena	3	3	9,68	2,42	6	3,87	4,32 (0,82; 22,55)
Indígena	0	2	0	1,61	2	1,29	†
Amarela	1	0	3,23	0	1	0,65	†

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica das participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(continuação)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ^{2S}	Valor de p
	Caso		Controle		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Estado civil								2,15	0,630
Solteira [†]	12	38,71	55	44,35	67	43,23	1,00		
União estável	12	38,71	33	26,61	45	29,03	1,66 (0,67; 4,13)		
Casada	7	22,58	34	27,42	41	26,45	0,94 (0,33; 2,63)		
Divorciada	0	0	2	1,61	2	1,29	†		
Escolaridade								4,61	0,607
EF incompleto [†]	9	29,03	27	21,77	36	23,23	1,24 (0,48; 3,20)		
EF completo	2	6,45	6	4,84	8	5,16	1,24 (0,22; 6,80)		
EM incompleto	3	9,68	18	14,52	21	13,55	0,62 (0,16; 2,39)		
EM completo	15	48,39	56	45,16	71	45,81	1,00		
Ensino Superior incompleto	1	3,23	10	8,06	11	7,10	†		
Ensino Superior completo	0	0	6	4,84	6	3,87	†		
Pós- graduação	1	3,23	1	0,81	2	1,29	†		
Renda								5,84	0,140
< 1 SM	17	54,84	40	32,26	57	36,77	2,38 (1,05; 5,41)		
Entre 1 a 2 SM [†]	13	41,94	73	58,87	86	55,48	1,00		
Entre 2 a 3 SM	1	3,23	9	7,26	10	6,45	†		
Acima de 3 SM	0	0	2	1,61	2	1,29	†		
Religião								3,90	0,460
Evangélica	8	25,81	50	40,32	58	37,42	0,44 (0,16; 1,19)		
Católica [†]	11	35,48	37	29,84	48	30,97	0,81 (0,31; 2,09)		
Espírita	0	0	3	2,42	3	1,94	†		
Testemunha de Jeová	0	0	1	0,81	1	0,65	†		
Nenhuma	12	38,71	33	26,61	45	29,03	1,00		
Ocupação								0,109	0,455

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica das participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(conclusão)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ^{2§}	Valor de p
	Caso		Controle		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Empregada [†]	11	35,48	48	38,7	59	38,0	1,00		
Desempregada	20	64,52	0	61,2	96	61,9	1,14 (0,50; 2,60)		
					9	4			

Variáveis	Grupo	Mín/Máx ,	Média (±DP [‡])	Med (IIQ [¶])	Teste Shapiro- Wilk		Teste Mann- Whitney		
					W	p- valor	Z	MP	Valor de p
Idade	Caso	16/38	28,48 (±7,66)	29 (19)	0,93	0,048	0,41	81,0	0,678
	Control e	14/42	27,93 (±6,49)	28 (13)	0,98	0,077		77,3	
Número de filhos	Caso	0/5	2,12 (±1,14)	2 (2)	0,94	0,098	0,23	77,6	0,816
	Control e	1/10	2,16 (1,33)	2 (4)	0,84	<0,001		79,6	

Fonte: A autora (2023).

Legenda: X^{2§} Teste exato de Fisher. [†] Categoria de referência. [‡] Desvio-Padrão. [¶] Intervalo inter-quartilico. * Não calculado. [¶] Categoria não incluída nas análises em razão de baixa amostragem. n = amostra. % = Porcentagem. p = nível de significância. OR = *Odds Ratio*. IC = Intervalo de Confiança. EF = Ensino fundamental. EM = Ensino médio. SM = Salário mínimo. Mín = Mínimo. Máx = Máximo. DP = Desvio Padrão. Med = Mediana. IIQ - Intervalo inter-quartilico. W = Teste Shapiro-Wilk. Z = Teste de Mann Whitney. MP = Média dos postos.

6.3.2 Caracterização clínica das gestantes de alto risco

Diante dos dados sobre a caracterização gineco-obstétrica das gestantes de alto risco pertencentes ao grupo caso e ao grupo controle, a maior parte teve parto cesáreo, não fez outra cirurgia uterina e não participou de grupo de gestante, não havendo diferença significativa entre os grupos. No entanto, a variável relacionada às intercorrências apresentou diferença estatística entre os casos e controles ($p < 0,001$), o que pode ter ocorrido pela diversidade da categorização dessas, e pelo grupo caso apresentar as intercorrências relacionadas ao desfecho – prematuridade e óbito fetal, diferentemente do grupo controle.

Não houve diferença significativa entre as médias e medianas das variáveis menarca, número de gestações, intervalos entre as gestações e número de partos de ambos os grupos.

Porém, houve diferença estatística entre os grupos casos e controles em relação à variável consultas pré-natal. O grupo caso teve o máximo de 14 consultas, enquanto o grupo controle foi de 22 consultas pré-natais (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização clínica das participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(continua)

Variáveis	Grupo		Total		OR (IC95%)	X ^{2§}	Valor de p	
	Caso n	%	Controle n	%				n
Tipo de parto						0,25	0,616	
Cesáreo	21	67,74	78	62,90	99	63,87	1,23 (0,53; 2,85)	
Vaginal†	10	32,26	46	37,10	56	36,13	1,00 *	1,55 <0,001
Intercorrências								
Hipertensão gestacional	0	0	38	30,65	38	24,52		
Prematuridade	29	93,55	0	0	29	18,71		
Pré-eclâmpsia	0	0	25	20,16	25	16,13		
Diabetes gestacional	0	0	22	17,74	22	14,19		
Diabetes gestacional e hipertensão gestacional	0	0	14	11,29	14	9,03		
Hipertensão crônica	0	0	7	5,65	7	4,52		
Diabetes gestacional e pré-eclâmpsia	0	0	5	4,03	5	3,23		
Restrição do crescimento uterino	0	0	3	2,42	3	1,94		
Diabetes gestacional e hipertensão crônica	0	0	2	1,61	2	1,29		
Hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia	0	0	2	1,61	2	1,29		
Óbito fetal	2	6,45	0	0	2	1,29		

Tabela 5 – Caracterização clínica das participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(continuação)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ^{2§}	Valor de p
	Caso		Controle		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Diabetes gestacional, hipertensão gestacional e sífilis	0	0	1	0,81	1	0,65			
Diabetes mellitus e ITU de repetição	0	0	1	0,81	1	0,65			
Hipertensão arterial e pré-eclâmpsia	0	0	1	0,81	1	0,65			
Hipertensão crônica e Hipertireoidismo	0	0	1	0,81	1	0,65			
Hipertensão gestacional e mecônio	0	0	1	0,81	1	0,65			
Plaquetopenia	0	0	1	0,81	1	0,65			
Grupo de gestante								1,38	0,239
Sim	9	29,03	24	19,35	33	21,29	1,70 (0,69; 4,16)		
Não [†]	22	70,97	100	80,65	122	78,71		1,58	0,397
Tpo de grupos de gestantes									
Nenhum [†]	22	70,97	100	80,65	122	78,71	1,00		
Sem participação do parceiro	8	25,81	20	16,13	28	18,06	1,13 (0,12; 10,66)		
Com participação do parceiro	1	3,23	4	3,23	5	3,23	1,81 (0,70; 4,65)		
Variáveis	Grupo	Mín./ Máx,	Média (±DP [‡])	Med (IIQ ^l)	Teste Shapiro- Wilk W	Valor de p	Z	Teste Mann- Whitney MP	Valor de p
Menarca	Caso	9/16	12,51 (±1,48)	13 (3)	0,98	0,951	0,62	82,4	0,533
	Controle	9/15	12,39 (±1,58)	12 (6)	0,89	0,007		76,9	

Tabela 5 – Caracterização clínica das participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(conclusão)

Variáveis	Grupo	Mín./ Máx,	Média (±DP‡)	Med (IIQ ^l)	Teste Shapiro- Wilk		Teste Mann- Whitney		
					W	Valor de p	Z	MP	Valor de p
Número de Gestações	Caso	1/8	2,67 (±1,70)	2 (4)	0,88	0,003	0,78	83,5	0,430
	Controle	1/11	2,41 (±1,57)	2 (5)	0,87	<0,001		76,6	
Intervalo entre as gestações	Caso	0/17	3,48 (±4,23)	2 (10)	0,81	<0,001	0,38	75,2	0,697
	Controle	0/19	3,86 (±4,42)	3 (17)	0,86	<0,001		78,7	
Número de Partos	Caso	0/41	1,09 (±1,22)	1 (2)	0,89	0,004	0,40	75,2	0,683
	Controle	0/9	1,18 (±1,31)	1 (4)	0,85	<0,001		78,7	
Número de Abortos	Caso	0/4	0,64 (±1,08)	0 (2)	0,78	<0,001	1,79	87,7	0,073
	Controle	0/3	0,28 (±0,59)	0 (2)	0,85	<0,001		75,6	
Número de Consultas Pré-natal	Caso	2/14	7,16 (±3,28)	6 (8)	0,95	0,283	2,81	57,8	0,004
	Controle	3/22	8,96 (±3,28)	9 (12)	0,95	<0,001		83,0	

Fonte: A autora (2023).

Legenda: X²§ Teste exato de Fisher ou qui-quadrado. † Categoria de referência. ‡ Desvio-Padrão. ^l Intervalo inter-quartilico. * Não calculado. [¶] Categoria não incluída nas análises em razão de baixa amostragem. n = amostra. % = Porcentagem. p = nível de significância. OR = *Odds Ratio*. IC = Intervalo de Confiança. CRAS = Centro de Referência de Assistência Social. Mín = Mínimo. Máx = Máximo. DP = Desvio Padrão. Med = Mediana. IIQ - Intervalo inter-quartilico. W = Teste Shapiro-Wilk. Z = Teste de Mann-Whitney. MP = Média dos postos.

6.3.3 Validação clínica dos fatores de risco

Diante dos fatores de risco avaliados quanto ao desenvolvimento da ruptura da relação simbiótica materno-fetal em gestantes de alto risco, em razão da amostra não ter número suficiente de mulheres no grupo caso com os fatores: uso de drogas ilícitas, ganho de peso

gestacional insatisfatório, violência e apoio social ausente/insuficiente, não foi possível obter análise estatística dessas variáveis.

Os fatores que apresentaram maior prevalência no grupo caso, quando comparado com o grupo controle, foram: cuidado pré-natal ausente/inadequado (32,26%), sobrepeso (35,26%), apoio do parceiro ausente/insuficiente (12,90%), abuso de álcool (6,45%) e ganho de peso gestacional insatisfatório (3,23%).

Dentre os fatores de risco avaliados, apenas um apresentou associação estatística significativa: cuidado pré-natal ausente/inadequado ($p < 0,05$) e OR = 4,44. Assim, gestantes de alto risco que tiveram a ruptura da relação simbiótica materno-fetal apresentavam quatro vezes mais chance de estarem expostas ao cuidado pré-natal ausente/inadequado (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos fatores de risco entre as participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(continua)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ² §	Valor de p
	Caso		Controle		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Abuso de álcool							1,15	0,29	0,864
Sim	2	6,45	7	5,65	9	5,81	(0,22; 5,84)	*	0,616
Não†	29	93,55	117	94,35	146	94,19			
Uso de drogas ilícitas							*	*	*
Sim	0	0	1	0,81	1	0,65			
Não†	31	100	123	99,19	154	99,35			
Ganho de peso gestacional insatisfatório							*	*	*
Sim	1	3,23	0	0	1	0,65			
Não†	30	96,77	124	100	154	99,35			
Cuidado pré-natal ausente/inadequado							4,44	10,38	0,001
Sim	10	32,26	12	9,68	22	14,19	(1,70; 11,60)		
Não†	21	67,74	112	90,32	133	85,81			
Obesidade							0,55	2,17	0,140
Sim	15	48,39	78	62,90	93	60,00	(0,25; 1,22)		
Não†	16	51,61	46	37,10	62	40,00			
Sobrepeso							1,21	0,19	0,658
Sim	10	32,26	35	28,23	45	29,03	(0,51; 2,82)		
Não†	21	67,74	89	71,77	110	70,97			
Tabagismo							0,79	0,43	0,835,
Sim	1	3,23	5	4,03	6	3,87	(0,08; 7,04)		
Não†	30	96,77	119	95,97	149	96,13			
Violência							*	*	*

Tabela 6 – Distribuição dos fatores de risco entre as participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(continuação)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ^{2§}	Valor de p
	Caso		Controle		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Sim	1	3,23	4	3,23	5	3,23			
Não [†]	30	96,77	120	96,77	150	96,77			
Apoio do parceiro ausente/insuficiente							1,16 (0,35; 3,81)	0,62	0,802
Sim	4	12,90	14	11,29	18	11,61			
Não [†]	27	87,10	110	88,71	137	88,39			
Apoio social ausente/insuficiente							*	*	*
Sim	0	0	6	4,84	6	3,87			
Não [†]	31	100	118	95,16	149	96,13			

Fonte: A autora (2023).

Legenda: X^{2§} Teste exato de Fisher ou qui-quadrado. * Não calculado. p = nível de significância. OR = Odds Ratio. IC = Intervalo de Confiança.

6.3.4 Validação clínica das populações em risco

Diante das populações em risco avaliadas quanto ao desenvolvimento da ruptura da relação simbiótica materno-fetal em gestantes de alto risco, as que apresentaram maior prevalência no grupo caso, quando comparadas com o grupo controle, foram: extremos de idade materna (54,84%), gestante desfavorecida economicamente (54,84%) e gestante com baixo nível educacional (45,16%).

Duas apresentaram associação estatística significativa: extremos de idade materna e gestantes desfavorecidas economicamente ($p < 0,05$), com OR = 3,49 e 2,55, respectivamente. Assim, gestantes de alto risco que apresentavam o desfecho tinham aproximadamente 3,5 vezes mais chance de terem extremos de idade materna e 2,5 vezes mais chance de serem gestantes desfavorecida economicamente (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das populações em risco entre as participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(continua)

Tabela 7 – Distribuição das populações em risco entre as participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

(conclusão)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ^{2§}	Valor de p
	Caso		Controle		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Extremos de idade materna							3,49 (1,54; 7,87)	9,66	0,002
Sim	17	54,84	32	25,81	49	31,61			
Não†	14	45,16	92	74,19	106	68,39			
Pré-eclâmpsia na gestação anterior							0,87 (0,27; 2,79)	0,53	0,818
Sim	4	12,90	18	14,52	22	14,19			
Não†	27	87,10	106	85,48	133	85,81			
Gestantes com baixo nível educacional							1,10 (0,49; 2,43)	0,53	0,808
Sim	14	45,16	53	42,74	67	43,23			
Não†	17	54,84	71	57,26	88	56,77			
Gestantes desfavorecidas economicamente							2,55 (1,14; 5,68)	5,43	0,020
Sim	17	54,84	40	32,26	57	36,77			
Não†	14	45,16	84	67,74	98	63,23			

Fonte: A autora (2023).

Legenda: X^{2§} Teste exato de Fisher ou qui-quadrado. p = nível de significância. OR = *Odds Ratio*. IC = Intervalo de Confiança.

6.3.5 Validação clínica das condições associadas

Diante das condições associadas avaliadas quanto ao desenvolvimento da ruptura da relação simbiótica materno-fetal em gestantes de alto risco, em razão da amostra não ter número suficiente de gestantes do grupo caso sem a condição associada complicações gestacionais, não foi possível obter análise estatística desta variável.

Dentre as condições associadas que apresentaram maior prevalência no grupo caso, destacaram-se: complicações gestacionais (100,00%), transferência de oxigênio ao feto comprometida (83,87%), alteração do metabolismo da glicose (38,71%), condições maternas (29,03%) e regime de tratamento (25,81%).

Três condições associadas apresentaram associação significativa: condições maternas, doenças maternas e transferência de oxigênio ao feto comprometida ($p < 0,05$), com as respectivas OR = 2,97; 0,28 e 75,4. As gestantes de alto risco que tiveram a ruptura da relação simbiótica entre a mãe e o feto apresentavam aproximadamente três vezes mais chance de

estarem expostas às condições maternas, e 75 vezes mais chance de estarem expostas à transferência de oxigênio ao feto comprometida. Doenças maternas mostrou-se como um fator de proteção (OR < 1) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das condições associadas entre as participantes dos grupos caso e controle. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ^{2§}	Valor de p
	Caso		Controle		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Alteração do metabolismo da glicose							1,10 (0,49; 2,49)	0,62	0,803
Sim	12	38,71	45	36,29	57	36,77			
Não†	19	61,29	79	63,71	98	63,23			
Complicações gestacionais							*	2,10	0,146
Sim	31	100	116	93,55	147	94,84			
Não†	0	0	8	6,45	8	5,16			
Condições maternas							2,97 (1,15; 7,64)	5,43	0,020
Sim	9	29,03	15	12,10	24	15,48			
Não†	22	70,97	109	87,90	131	84,52			
Doenças maternas								5,02	0,025
Sim	25	80,65	116	93,55	141	90,97	0,28 (0,09; 0,90)		
Não†	6	19,35	8	6,45	14	9,03			
Regime de tratamento							1,70 (0,67; 4,32)	1,28	0,257
Sim	8	25,81	21	16,94	29	18,71			
Não†	23	74,19	103	83,06	126	81,29			
Transferência de oxigênio ao feto comprometida							75,4 (22,81; 249,22)	86,80	<0,001
Sim	26	83,87	8	6,45	34	21,94			
Não†	5	16,13	116	93,55	121	78,06			

Fonte: A autora (2023).

Legenda: X^{2§} Teste exato de Fisher ou qui-quadrado. * Não calculado. p = nível de significância. OR = Odds Ratio. IC = Intervalo de Confiança.

Há um modelo de regressão logística reduzido e ajustado para identificar as relações de causalidade entre o conjunto dos fatores etiológicos e o desenvolvimento do desfecho em estudo nas gestantes de alto risco. Na análise foram incluídas as características sociodemográficas e gineco-obstétricas, assim como os antecedentes que tiveram p-valor < 0,10 (Tabela 9).

Tabela 9– Modelo de regressão logística reduzido e ajustado para o Risco de binômio mãe-feto perturbado, considerando as variáveis sociodemográficas, clínicas, fatores de risco, populações em risco e condições associadas das gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023. (n=155)

Variáveis	OR (IC95%)	Valor de p
Extremo de idade materna		
Sim	13,26 (2,19; 80,26)	0,005
Doenças maternas		
Sim	0,027 (0,003; 0,243)	0,001
Transferência de oxigênio ao feto comprometida		
Sim	357,02 (44,46; 2.866,71)	<0,001
Constante	0,149 (0,265; 0,843)	0,031

Fonte: A autora (2023).

Legenda: p = nível de significância. OR = *Odds Ratio*. IC = Intervalo de Confiança.

Medidas de ajuste: Teste de Hosmer and Lemeshow: 0,256; p-valor: 0,633; R² de Nagelkerke= 63,31%; Teste de Omnibus: <0,001.

Dentre as variáveis incluídas no modelo, identificou-se a população em risco Extremo de idade e a condição associada Transferência de oxigênio ao feto comprometida podem aumentar o risco para a ruptura da relação simbiótica entre a mãe e o feto, conforme análise da regressão logística.

Ressalta-se que a condição associada Doenças maternas apresenta OR < 1, o que indica uma possível proteção ao Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco quando os antecedentes estiverem presentes. As doenças avaliadas neste estudo são múltiplas e pode ter ocorrido de uma ter mascarado a presença da outra, sendo necessário em outros estudos avalia-las separadamente. Ademais, destaca-se que a condição associada Transferência de oxigênio ao feto comprometida possuiu IC 95% muito largo em razão do baixo número de casos na amostra.

Essas afirmações foram corroboradas pela significância estatística do Teste de Omnibus ($p < 0,001$), além do p-valor das variáveis ($p < 0,05$). As frequências observadas e esperadas no modelo final não possuíram diferenças significativas, segundo o teste de Homer e Lemeshow ($p = 0,256$), o que indica um bom ajuste dos dados. O coeficiente de determinação apresentou o valor de 63,31% - as variáveis incluídas no modelo podem explicar 66,31% a ocorrência do desfecho da ruptura da relação simbiótica materno-fetal na população das gestantes de alto risco.

Diante dos resultados apresentados pelas análises da OR e pela regressão logística, selecionou-se as variáveis que apresentaram significância estatística para o DE Risco de

binômio mãe-feto perturbado e foi realizada uma proposição da estrutura diagnóstica (Quadro 10).

Quadro 10 – Proposição da estrutura do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado após validação clínica com gestantes de alto risco. Recife, PE, Brasil, 2023.

Risco de binômio mãe-feto prejudicado
Domínio 8. Sexualidade
Classe 3. Reprodução
Definição: 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 (GOMES, 2019, p. 69).
Fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado pré-natal ausente/inadequado
Populações em risco: <ul style="list-style-type: none"> • Extremos de idade materna (< 19 anos ou ≥ 35 anos) • Gestante desfavorecida economicamente
Condições associadas: <ul style="list-style-type: none"> • Condições maternas (dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose) • Transferência de oxigênio ao feto comprometida

Fonte: A autora (2023).

Após a validação clínica, dos 10 fatores de risco avaliados, um (cuidado pré-natal ausente/inadequado) foi considerado para compor a relação dos elementos do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado. Além disso, duas populações em risco (extremos de idade materna e gestante desfavorecida economicamente) e duas condições associadas (condições maternas e transferência de oxigênio ao feto comprometida) também foram consideradas para serem elementos do diagnóstico.

A condição associada Doenças maternas não consta no modelo, pois é um fator protetivo para a ocorrência do desfecho. Assim, de acordo com os resultados deste estudo, gestantes de alto risco que possuem essas doenças têm menos chance de pertencer ao grupo caso.

O título e a definição do DE apresentados no Quadro 10 são sugestões oriundas da análise de conceito e da validação de conteúdo por *experts* (GOMES, 2019). O diagnóstico já

consta no domínio sexualidade e na classe reprodução da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

7 DISCUSSÃO

7.1 CONSTRUÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

As teorias podem ser compreendidas como a construção de ideias, realizada por um ou mais conceitos e por proposições que os descrevem ou que os associam. Esses conceitos podem ser derivados de outras teorias, de modelos conceituais e de interpretações sobre comportamentos, fenômenos ou eventos (FAWCETT, 2012; BRANDÃO *et al.*, 2019).

As teorias de enfermagem são definidas como um conjunto de conceitos que estão inter-relacionados de maneira lógica, que têm a finalidade de explicar, descrever ou prever fenômenos, fatos e eventos (MELEIS, 2018). Estas podem ser classificadas em metateorias, grandes teorias, TMA e teorias práticas (FAWCETT, 2012).

A TMA pode orientar a prática do enfermeiro, por ser resultado de pensamentos teóricos que resumem e integram o conhecimento da enfermagem (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016). Assim, a partir da compreensão dos fenômenos de enfermagem, esta teoria possibilita a implementação de intervenções de educação em saúde que são importantes para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (COSTA *et al.*, 2020).

Além disso, a TMA preenche lacunas preexistentes entre a teoria e a pesquisa; e fundamenta o ensino e o cuidado, por focar em fenômenos de enfermagem específicos. A construção de TMA é considerada um passo importante para o avanço da construção do conhecimento (ROY, 2014; LOPES; SILVA, 2016).

Neste sentido, a TMA construída pode conduzir o julgamento clínico dos enfermeiros a partir da identificação das necessidades de cuidados às gestantes de alto risco e do conhecimento dos elementos do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado. O julgamento clínico refere-se a processos de pensamento e integra experiências anteriores, conhecimento e competência dos enfermeiros, o que permite a aplicação do pensamento crítico baseado em evidências na prática clínica (AGUIAR *et al.*, 2020; NUNES *et al.*, 2020; MARQUES *et al.*, 2022).

Nesta pesquisa, a TMA construída possibilita o julgamento clínico do enfermeiro por meio da utilização do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, que pode conduzir a tomada de decisão terapêutica para uma assistência que promova o autocuidado e o desfecho gestacional seguro.

A partir do conhecimento do fenômeno de enfermagem e das relações causais entre os seus elementos, pode-se realizar um melhor cuidado às gestantes de alto risco e as suas famílias,

por meio da elaboração do planejamento de enfermagem com intervenções direcionadas a um cuidado seguro, o que traz vantagens para a prática clínica, tais como a prevenção da ruptura da relação simbiótica entre a mãe e o feto e, conseqüentemente, a redução da taxa de morbimortalidade materno-fetal.

A TMA preditiva para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado pode ser aplicada no contexto da gestação de alto risco e foi construída com base nos pressupostos do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem (OREM, 2001) e nos resultados de uma revisão integrativa (GOMES *et al.*, 2020).

É preditiva, pois apresenta a relação de causalidade entre os conceitos utilizados na construção. Essa relação pode ser observada nas proposições e no pictograma desenvolvido para este estudo, os quais podem auxiliar o enfermeiro na inferência diagnóstica por meio da condução do julgamento clínico (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

Quanto ao estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática, tem-se que existem diversos fatores condicionantes que podem ocasionar o déficit de autocuidado e a ruptura da relação simbiótica materna-fetal (REZAEAN *et al.*, 2020). Esses podem comprometer as ações de autocuidado e ser intrínsecos ou extrínsecos ao indivíduo (OREM, 2001). Nesta TMA foram definidos quais seriam os fatores internos e externos à gestação de alto risco que ocasionam a susceptibilidade à ruptura simbiótica materno-fetal, sendo denominados fatores condicionantes intrínsecos e extrínsecos.

A simbiose materno-fetal pode ser entendida como a troca de nutrientes e de oxigênio necessários ao desenvolvimento e crescimento do feto, a qual ocorre por meio da placenta. A relação simbiótica pode ser prejudicada por fatores que promovem o risco gestacional (BALLER *et al.*, 2019; FILIZOLA *et al.*, 2019), o que leva ao Risco de binômio mãe-feto perturbado (GOMES *et al.*, 2020).

Os fatores condicionantes intrínsecos que ocasionam a susceptibilidade ao binômio mãe-feto perturbado podem ser predisponentes, precipitantes ou reforçadores. Os predisponentes, que aumentam a susceptibilidade ao DE, são: extremos de idade materna, abuso de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo.

O extremo de idade materna é caracterizado pelas mulheres que são adolescentes (< 19 anos) ou que têm faixa etária igual ou superior a 35 anos. É um fator que torna a gestante mais susceptível ao Risco de binômio mãe-feto perturbado por ocasionar complicações gestacionais, as quais interferem na saúde tanto da mãe quanto do feto (FRICK, 2020; KARATAŞLI *et al.*, 2019; SCHWARTZ *et al.*, 2020). Diante disso, neste estudo foi classificado como FCI predisponente.

De acordo com alguns autores, a taxa de mulheres que engravidam com idade igual ou superior a 35 anos tem aumentado nas últimas décadas e gerado preocupações acerca dos resultados adversos, tais como: aborto, anomalias cromossômicas, prematuridade e restrição do crescimento uterino. Essas mulheres também têm mais risco de desenvolver hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional e placenta prévia, o que pode interferir na simbiose entre a mãe e o feto (FRICK, 2020; SCHWARTZ *et al.*, 2020; SALVETTI *et al.*, 2021).

O aumento das gestações por mulheres com 35 anos ou mais está relacionado ao fato de elas terem optado pela maior dedicação aos estudos e à profissão, adiando a maternidade. Além disso, mesmo que as mulheres tenham um preparo físico, emocional, psicológico, relacional, social e financeiro, por serem rotuladas como gestantes de alto risco, a insegurança e a ansiedade prejudicam a evolução desse período, que é marcado pelas complicações gestacionais (SALVETTI *et al.*, 2021).

Acrescenta-se que a gestação na adolescência também torna a mulher mais susceptível ao fenômeno, sendo considerada um problema de saúde pública, devido às implicações para a saúde materna e fetal (MACEDO *et al.*, 2020). Segundo a OMS, aproximadamente, 21 milhões de meninas adolescentes com idade entre 15 e 19 anos e 777.000 com idade acima de 15 anos engravidam anualmente em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (WHO, 2020).

O período gestacional em adolescentes está relacionado aos desfechos gestacionais desfavoráveis, visto que as adolescentes estão mais susceptíveis aos riscos que afetam a saúde do binômio mãe-feto, tais como pré-eclâmpsia, aborto, óbito fetal, mortalidade materna, restrição do crescimento uterino e parto prematuro (BAS *et al.*, 2020; KARATAŞLI *et al.*, 2019; WHO, 2020).

Esses riscos podem ser minimizados ou evitados quando ações educativas são implementadas por profissionais da saúde nas escolas ou nos serviços de saúde que as adolescentes frequentam. É necessário que essas mulheres sejam incluídas no contexto da prevenção dos agravos gestacionais e da promoção da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2021). As famílias das adolescentes também devem ser incluídas no processo do cuidar, com vistas a auxiliar nas orientações acerca da prevenção da gravidez na adolescência ou das complicações gestacionais.

Outros fatores condicionantes intrínsecos que ocasionam a susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica materna-fetal, por estarem relacionados ao estado de saúde da gestante, são o abuso de álcool e o uso de drogas lícitas e ilícitas, uma vez que podem ocasionar resultados maternos e/ou fetais adversos. O uso dessas substâncias na gestação tem aumentado nos últimos

anos. No mundo, cerca de 5,1% das gestantes utilizam drogas, sendo as mais comuns: álcool, maconha e cocaína (MBURU *et al.*, 2020; QATO *et al.*, 2020). Percebe-se que mesmo que as gestantes saibam que as substâncias lícitas e ilícitas interferem na simbiose materno-fetal, ainda é comum o seu uso e a dificuldade em cessar os hábitos que não são saudáveis.

No Brasil, a prevalência do abuso de álcool e do tabagismo durante o período gestacional é de 14,12% e 12,55%, respectivamente (BIANCHINI *et al.*, 2020), sendo consideradas taxas altas. O abuso de álcool durante a gestação pode causar malformações fetais; prejuízos no crescimento e desenvolvimento do feto; e a Síndrome do Alcoolismo Fetal (SAF). Enquanto o uso de drogas, tais como o tabaco, cocaína e a maconha, pode ocasionar a prematuridade, alteração no desenvolvimento do cérebro do feto e restrição do crescimento uterino (TOQUINTO *et al.*, 2020).

Tanto as drogas quanto o álcool podem ocasionar a susceptibilidade ao Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco ou de risco habitual. Um estudo mostra que as gestantes que fazem uso dessas substâncias, geralmente, são solteiras, jovens, com menor nível de escolaridade e possuem menor adesão aos cuidados pré-natais, bem como que esse uso está relacionado ao estresse, à abstinência e à falta de informações (MRAVCIK *et al.*, 2020).

O uso e abuso dessas substâncias pode ser cessado ou minimizado durante o período gestacional por meio das ações de educação em saúde que devem ser realizadas desde a primeira consulta pré-natal. Nessa situação, os profissionais da saúde devem garantir um ambiente em que a gestante de alto risco se sinta confortável para discutir sobre esse uso, além de evitar o julgamento, com o objetivo de compreender suas necessidades e torná-la participativa do processo do cuidar (TEIXEIRA *et al.*, 2023). A família das gestantes também pode receber orientações e auxiliar na mudança de hábito.

Os fatores precipitantes intrínsecos que iniciam a cadeia causal e que estão relacionados ao estado de saúde da gestante são: complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, transferência do oxigênio ao feto comprometida e doenças maternas.

As complicações gestacionais podem iniciar uma sequência de acontecimentos que conduz ao Risco de binômio mãe-feto perturbado e que pode levar à morbimortalidade materna-fetal. Podem ser: hemorragias, ruptura prematura de membranas, Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), ruptura uterina, alteração no líquido amniótico, entre outras (RAJBANSHI; NORHAYATI; HAZLINA, 2020), assim essas são consideradas como fatores condicionantes intrínsecos precipitantes.

As complicações que ocorrem durante o período gestacional têm grande impacto na saúde pública e podem ocorrer no primeiro, segundo ou terceiro semestre da gestação devido à

presença de diversos fatores, como o ganho de peso gestacional inadequado, a obesidade, o sobrepeso, a pré-eclâmpsia, entre outros (BAI *et al.*, 2020; BRASIL, 2022).

Esses fatores devem ser prevenidos durante o pré-natal, para evitar a ocorrência de desfechos gestacionais desfavoráveis. Por meio da educação em saúde, as gestantes de alto risco e as suas famílias podem ter conhecimento sobre os danos ao binômio mãe-feto (ALVES *et al.*, 2019).

As alterações do metabolismo da glicose também são fatores condicionantes intrínsecos precipitantes, pois iniciam a cadeia causal e estão associadas aos resultados adversos gestacionais que impactam tanto a gestante quanto o feto. A diabetes durante a gestação, incluindo a preexistente (tipo 1 e 2) e a gestacional podem ocasionar macrosomia fetal, parto prematuro, pré-eclâmpsia, anomalias fetais, óbito fetal e aborto (SHUB; LAPPAS, 2020; VOAKLANDER *et al.*, 2020).

A DMG é o distúrbio médico mais comum na gravidez e, por vezes, é definida como intolerância à glicose que resulta em hiperglicemia (SARAVANAN *et al.*, 2020). No mundo, em 2019, havia 20 milhões de gestantes com hiperglicemia, sendo 84% com diabetes gestacional. A maioria dos casos ocorre em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (IDF, 2020).

As gestantes que são diagnosticadas com DMG necessitam de uma atuação multiprofissional que as inclua como protagonistas do processo saúde-doença. A partir de ações educativas voltadas à promoção do autocuidado, à transmissão de informações e ao estímulo à conscientização, pode-se mitigar a ocorrência das complicações gestacionais ocasionadas pela alteração do metabolismo da glicose (SILVA FILHO *et al.*, 2022).

A transferência de oxigênio ao feto comprometida também é um FCI precipitante, uma vez que inicia a cadeia causal e é um dos principais fatores responsáveis pela ruptura da simbiose materna-fetal devido ao prejuízo da troca placentária do oxigênio, o que pode interferir no crescimento e desenvolvimento do feto e, até mesmo, ocasionar a prematuridade, o aborto e o óbito fetal (SUN *et al.*, 2020).

Esse comprometimento pode ser ocasionado pela obesidade, sobrepeso, infecções respiratórias e diabetes gestacional, que afeta a troca gasosa materna-fetal e interfere no estado metabólico do feto, o qual pode ficar com hipóxia e acidótico (BIANCHI *et al.*, 2020). Na gestação, quando há a restrição do fluxo sanguíneo da placenta, o qual é essencial para suportar o rápido crescimento do feto, há esse comprometimento (ZHOU *et al.*, 2020) que pode causar a ruptura da relação simbiótica entre a mãe e o feto.

Outros fatores condicionantes intrínsecos precipitantes são as doenças maternas, tais como: depressão, infecções, doenças autoimunes, neoplasias, disfunção da tireoide e síndromes hipertensivas e metabólicas. Essas doenças iniciam a ruptura da relação simbiótica e podem prejudicar a saúde do binômio mãe-feto e ocasionar desfechos desfavoráveis (prematuridade, restrição do crescimento uterino, mortalidade materna e/ou fetal, alteração no desenvolvimento do feto, aborto) (GOMES, 2019; CAPARROS-GONZALEZ, 2020; MAGGEN *et al.*, 2020; NIELSEN *et al.*, 2020; YE *et al.*, 2020; GHIMIRE *et al.*, 2021; LEE; PERCE, 2021).

A depressão não só prejudica a saúde materna, mas também gera impacto à família e ao futuro desenvolvimento psicológico e intelectual do feto. Um estudo prospectivo aborda que cerca de 19,3% mulheres têm depressão pré-natal, sendo as que têm faixa etária menor que 15 anos mais susceptíveis (LI *et al.*, 2020).

As infecções hepáticas, respiratórias, sexualmente transmissíveis e urinárias podem ocasionar impactos negativos à saúde do binômio mãe-feto, uma vez que algumas podem ser transmitidas para o feto antes ou durante o nascimento e outras podem causar a prematuridade ou o aborto espontâneo (DAVIS; KING; KOURTIS *et al.*, 2017; LIU *et al.*, 2017; KALINDERI *et al.*, 2018; MERTZ *et al.*, 2019; YANG; WANG; POON, 2020) e, por isso, podem iniciar a cadeia causal.

Contudo, essas infecções podem ser prevenidas por meio de orientações e informações. Em 2021, por exemplo, em decorrência da pandemia da Covid-19, houve um aumento da realização de ações educativas às gestantes, com o objetivo de prevenir a ocorrência de infecção respiratória, a qual estava aumentando a taxa de morbimortalidade materna e fetal e a ocorrência do binômio mãe-feto perturbado. Por meio de informações, as mulheres se tornaram protagonistas do cuidar e puderam se proteger dos riscos que envolvem a gestação (LIMA *et al.*, 2021). Outras doenças maternas também podem ser evitadas por meio da educação em saúde.

As doenças autoimunes, como a Artrite Reumatoide (AR), o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), a psoríase e a Doença Inflamatória Intestinal (DII), estão associadas ao risco aumentado de complicações e resultados adversos da gravidez (prematuridade e crescimento restrito do útero) (BANDOLI *et al.*, 2020).

Neoplasias também podem interromper a simbiose entre a mãe e o feto, sobretudo por causa das opções diagnósticas ou terapêuticas – biópsia, cirurgias, quimioterapia e radioterapia, o que pode resultar na perda fetal. As gestantes que têm algum tipo de câncer são classificadas como de alto risco e requerem acompanhamento para preservar o crescimento e a saúde fetal (MAGGEN *et al.*, 2020).

As doenças maternas relacionada às disfunções da tireoide (hipotireoidismo, hipertireoidismo e tireoidite de Hashimoto) também podem iniciar a cadeia causal, pois apresentam riscos significativos para o binômio mãe-feto, como a pré-eclâmpsia, a restrição do crescimento uterino, a prematuridade e a macrosomia (SITORIS *et al.*, 2020).

Já as síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, eclâmpsia e síndrome HELLP - *Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes e Low Platelet count*) e as síndromes metabólicas estão associadas ao aborto espontâneo, ao óbito fetal e à prematuridade, os quais interrompem a relação simbiótica do binômio mãe-feto (HIALI *et al.*, 2020; LINHARES; MACHADO; MALACHIAS, 2020; MACEDO *et al.*, 2020; TURBEVILLE; SASSER, 2020; KINSHELLA *et al.*, 2021; WANG *et al.*, 2021).

No mundo, aproximadamente 14% das mortes maternas estão relacionadas às síndromes hipertensivas, sendo a eclâmpsia e pré-eclâmpsia as principais responsáveis pelo óbito fetal ou prematuridade. Ambas podem ser prevenidas por meio de orientações acerca da alimentação e de hábitos saudáveis durante o período gestacional (WHO, 2020), realizadas durante as consultas pré-natais e a partir da implementação das práticas educativas pelos profissionais da saúde (SANTANA *et al.*, 2019).

Os fatores condicionantes intrínsecos reforçadores da TMA aumentam o efeito das condições preexistente e são: o ganho de peso gestacional insatisfatório, o sobrepeso, a obesidade, a pré-eclâmpsia na gestação anterior e as condições maternas, os quais estão relacionados ao estado de saúde da gestante de alto risco.

Tanto o baixo peso quanto o ganho de peso gestacional são fatores que reforçam as doenças maternas e condições preexistentes, tais como a hipertensão, a diabetes, o comprometimento da transferência do oxigênio, a restrição do crescimento uterino; e podem causar o risco de interromper a relação simbiótica materno-fetal (FERREIRA *et al.*, 2020; LEONARD *et al.*, 2020; SUN *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2021).

A gestante com baixo peso é classificada como de alto risco e pode apresentar durante o período gestacional desfechos desfavoráveis, a saber: óbito fetal, parto prematuro, restrição do crescimento e do desenvolvimento do feto (ANTE *et al.*, 2020). E a mulher obesa ou que tem sobrepeso pode ter deficiência de ácidos graxos essenciais, o que afeta a saúde materna e fetal, já que pode reforçar a ocorrência de síndromes hipertensivas ou DMG (AL-OTAIBI *et al.*, 2020).

O acompanhamento do peso corporal é necessário durante o período gestacional. Quando a mulher está abaixo ou acima do peso recomendado, deve ocorrer orientações acerca da realização de hábitos de vida saudáveis (alimentação adequada e prática de exercícios

físicos) para que ocorra o bem-estar da mãe e do feto e a prevenção de doenças maternas e complicações gestacionais (CARDOSO *et al.*, 2019).

A pré-eclâmpsia na gestação anterior é um FCI que também pode reforçar a ocorrência de síndromes hipertensivas existentes, visto que torna a mulher mais susceptível ao aumento da pressão arterial e à ocorrência da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, as quais podem trazer sérias consequências a saúde da mãe e do feto (TURBEVILLE; SASSER, 2020).

Para prevenir a ocorrência dessas síndromes hipertensivas em uma gravidez posterior, ações, políticas, planejamento e estratégias são necessárias, pois essas patologias são as causas mais comuns da mortalidade materna e/ou fetal, bem como das complicações gestacionais no Brasil e no mundo (WHO, 2020).

As condições maternas (dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose) podem reforçar as doenças – hipertensão e diabetes – e as complicações gestacionais preexistentes (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, ruptura prematura de membranas, restrição do crescimento fetal e hemorragias) (CHUDNOVETS *et al.*, 2020; PORPORA *et al.*, 2020; KIELY; WAGNER; ROTH, 2020; YUE *et al.*, 2021), o que pode levar prejuízos ao binômio mãe-feto.

Recentemente, foi descoberto que a dislipidemia reforça a restrição do crescimento do feto e a ruptura prematura de membranas. Essa condição associada ocorre pelo aumento de lipídios necessários para sustentar a demanda das mudanças fisiológicas da gravidez e do crescimento do feto (CHEN *et al.*, 2020). Também reforça as desordens hipertensivas, uma vez que podem ocasionar picos na pressão arterial (VARGHESE *et al.*, 2020).

Uma pesquisa enfatiza que a inflamação sistêmica é outra condição associada que interfere nos desfechos gestacionais, uma vez que reforça as complicações gestacionais preexistentes e ocasiona a ruptura prematura de membranas, em que ocorre o risco de parto prematuro ou de anormalidade fetal (TSAO *et al.*, 2020).

A condição materna endometriose, caracterizada pela presença de tecido endometrial fora do útero, pode comprometer o curso fisiológico da gestação, pois reforça a ruptura prematura de membranas, o descolamento de placenta e a placenta prévia, o que prejudica o bem-estar fetal (NAVARRO *et al.*, 2020; PORPORA *et al.*, 2020), já que a relação simbiótica mãe-feto fica comprometida.

A deficiência de vitamina D, outra condição materna, contribui para a ocorrência de resultados perinatais adversos e reforça a pré-eclâmpsia, a DMG, a restrição do crescimento uterino, o atraso no desenvolvimento fetal e o parto prematuro. Essa deficiência tem sido um problema de saúde às gestantes (CHRISTOPH *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020) e pode ser prevenida

por ações de educação em saúde que permitem que as gestantes sejam orientadas sobre a suplementação, que possibilita o crescimento saudável da placenta e minimiza o risco da ruptura da relação simbiótica entre a mãe e o feto (BITENCOURT *et al.*, 2021).

Os fatores externos para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, podem ser classificados em incapacitantes e predisponentes. Os fatores condicionantes extrínsecos incapacitantes, que interferem na recuperação e na promoção da saúde, estabelecidos para a TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado foram: gestante com baixo nível educacional, gestante desfavorecida economicamente, cuidado pré-natal ausente/inadequado apoio do parceiro ausente/insuficiente e apoio social ausente/insuficiente.

O baixo nível educacional e econômico das gestantes de alto risco está relacionado à anemia, ao baixo ganho de peso, à diabetes gestacional, às infecções, à desnutrição, ao tabagismo, entre outras condições que interferem na saúde materna e fetal. Autores trazem que a maioria das gestantes de alto risco tem baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade (BASHAR; HAQUE; RAHMAN, 2020; LOGMORE *et al.*, 2020; NAS *et al.*, 2020; SAMUEL *et al.*, 2020).

As iniquidades educacionais têm sido encontradas nos resultados gestacionais adversos. As mulheres que têm menos anos de escolaridade são mais propensas a ter parto prematuro, óbito fetal, aborto e desfechos neonatais desfavoráveis (doenças, baixo peso ao nascer e morte neonatal) (WU *et al.*, 2020), o que pode acontecer pela falta de conhecimento.

As gestantes com baixo nível econômico realizam menos cuidados relacionados à saúde, quando comparadas com as que têm maior poder aquisitivo, uma vez que têm menos recursos para pagar transportes para acessar os serviços de saúde, o que interfere na promoção da saúde no período gestacional, nos resultados pré-natais e no bem-estar da mãe e do feto (RAPINYANA; SEWANE; MAUNDENI, 2020).

Quanto maior o nível educacional e financeiro das mulheres, maior é o conhecimento delas acerca dos cuidados relacionados à gestação, devido a maior procura aos serviços de saúde e aos cuidados pré-natal (RÖNÖ *et al.*, 2020). O cuidado deve ser realizado durante o período gestacional e tem a finalidade de prevenir as doenças e/ou agravos, além de promover a saúde do binômio mãe-feto (QIU *et al.*, 2020).

Este cuidado permite o monitoramento e o acompanhamento da saúde materna-fetal e que as gestantes sejam informadas acerca de hábitos saudáveis, exames, resultados gestacionais desfavoráveis e ações de autocuidado. Mulheres que frequentam as consultas de pré-natal têm melhores resultados obstétricos porque são orientadas quanto aos riscos gestacionais e se tornam autônomas do processo de cuidar (ALI *et al.*, 2020; QIU *et al.*, 2020).

As gestantes que não frequentam essas consultas ou que frequentam inadequadamente estão mais favoráveis aos agravos gestacionais que podem ocasionar a morbimortalidade materna e/ou fetal, visto que a promoção da saúde é afetada e as ações de educação em saúde nesse período não são realizadas (ALI *et al.*, 2020).

Quando essas ações educativas não são realizadas, as gestantes de alto risco tendem a ter complicações gestacionais que podem ocasionar desfechos desfavoráveis tanto para mãe quanto para o feto, já que a educação em saúde é uma estratégia que possibilita as boas práticas de saúde (ALVES *et al.*, 2021).

Cerca de 303.000 mulheres morrem por ano devido às complicações gestacionais, sobretudo nos países em desenvolvimento. Esses óbitos podem ser evitados por meio do acesso ao cuidado pré-natal a partir da educação em saúde, uma vez que a maioria deles está relacionada às infecções que não são tratadas, à hipertensão e ao atraso no crescimento fetal (WHO, 2018).

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam no mínimo oito e seis consultas de pré-natal, respectivamente, sendo estas realizadas nos três trimestres da gestação com o objetivo de realizar exames e vacinações, distribuir suplementos nutricionais, promover comportamentos relacionados à saúde e prevenir as doenças (BRASIL, 2012; WHO, 2018).

No Brasil, cerca de 92% das gestantes são atendidas no mínimo quatro vezes nas consultas pré-natais. Os países que têm os mais baixos índices estão localizados na África Subsaariana com 24% e no sul da Ásia com 21% de taxa de frequência aos cuidados que ocorrem durante o período gestacional (UNICEF, 2021).

O apoio social, por meio de membros da família, vizinhos, grupos e amigos, durante a gravidez melhora a saúde materna, principalmente no que diz respeito a minimizar e evitar os problemas de saúde mental, a exemplo do estresse emocional, da ansiedade e da depressão, os quais podem estar presentes nas gestantes de alto risco devido às complicações gestacionais. A ausência ou o pouco apoio social pode afetar o bem-estar materno (ADEMUYIWA; FAROTIMI; OJO, 2020; AZEVEDO; HIRDES; VIVIAN, 2020; FRIEDMAN *et al.*, 2020).

Assim, os membros da rede de apoio da mulher, principalmente as famílias, devem estar presentes nos trimestres gestacionais com a finalidade de minimizar as repercussões ocasionadas pelas alterações emocionais que ocorrem durante a gestação.

O apoio social também pode subsidiar a adoção de hábitos saudáveis das gestantes e mudanças de comportamentos, como a cessação do tabagismo, de álcool e outras drogas, que podem causar resultados adversos à gestação. Esse apoio pode reduzir os desfechos e as complicações desfavoráveis: prematuridade, aborto espontâneo e síndromes hipertensivas, pois

o ambiente social contribui para a manutenção da saúde do binômio mãe-feto (ADEMUYIWA; FAROTIMI; OJO, 2020).

O apoio do parceiro traz benefícios para a saúde das gestantes, sobretudo por estimular as mulheres a frequentarem as consultas de pré-natal. Os parceiros, por vezes, também vão a essas consultas e estão envolvidos nos cuidados, com vistas a prevenir os agravos gestacionais e a promover a saúde das gestantes (SUANDI; WILLIAMS; BHATTACHARYA, 2020).

A educação em saúde possibilita que vários programas, intervenções, aconselhamentos e campanhas sejam desenvolvidos de forma a incluir o parceiro nos cuidados pré-natais, o que contribui para a redução de complicações gestacionais e, conseqüentemente, para a melhora dos resultados perinatais, impactando positivamente a saúde materna-fetal (SUANDI; WILLIAMS; BHATTACHARYA, 2020). Ressalta-se que não é somente o parceiro da gestante que pode participar dos cuidados pré-natais, mas sim qualquer membro no núcleo familiar.

O apoio do parceiro pode se tornar ausente ou insuficiente às gestantes de alto risco por diversos fatores, dentre eles: problemas psicoemocionais, financeiros e sexuais. Esses fatores são ocasionados pelo risco de aborto ou óbito fetal, devido à presença de complicações gestacionais (MIRZAKHANI *et al.*, 2020).

Na TMA construída para o fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, fez-se uma analogia entre o FCE “cuidado pré-natal ausente/inadequado” e o sistema de enfermagem apoio-educação ausente/inadequado. Esse sistema, segundo Orem (2001) é essencial para o fornecimento de orientações e aconselhamentos com vistas a promover o autocuidado.

O enfermeiro, ao realizar as ações educativas às gestantes de alto risco, atua como conselheiro e ensina as ações de autocuidado que devem ser desempenhadas pelas gestantes, com base nos requisitos de autocuidado materno e fetal, uma vez que o crescimento e o desenvolvimento do feto dependem dos cuidados realizados pelas mães (REZAEAN *et al.*, 2020; MENDES *et al.*, 2023).

Quando o sistema de enfermagem apoio-educação está ausente ou inadequado, as práticas educativas e, conseqüentemente, o autocuidado ficam comprometidos, a exemplo do monitoramento da glicemia, da realização de exames, do uso de medicamentos, da ingestão de alimentos saudáveis e da prática de atividade física (EL SAYED *et al.*, 2020).

O Modelo Geral de Enfermagem de Orem (OREM, 2001) tem sido muito utilizado na assistência de enfermagem para o fortalecimento do autocuidado das gestantes de alto risco, o que mitiga as taxas de morbimortalidade materna-fetal (AGHABABAEI *et al.*, 2020; NURHASANAH *et al.*, 2020).

Os outros fatores da TMA, os predisponentes externos, tais como a violência e o regime de tratamento, tornam as gestantes de alto risco mais vulneráveis ao Risco de binômio mãe-feto perturbado, principalmente por estarem relacionados à prematuridade, ao aborto espontâneo ou ao óbito fetal.

A violência durante o período gestacional pode ocorrer de diversas formas: física, sexual, psicológica e institucional. Estas podem contribuir para a vulnerabilidade à ruptura da relação simbiótica materno-fetal, uma vez que, segundo estudos, ocasionam problemas emocionais e/ou físicos que interferem no desenvolvimento da gestação (ASHENAFI *et al.*, 2020; BRILHANTE; JORGE, 2020; FINNBOGADÓTTIR; BAIRD; THIES-LAGERGREN, 2020; MUSA; CHOJENTA; LOXTON, 2020).

O FCE regime de tratamento de doenças está relacionado ao uso de medicamentos teratogênicos ou a outros medicamentos que podem provocar danos à saúde, à vida e ao bem-estar do binômio mãe-feto, ocasionando a ruptura da relação simbiótica materna-fetal. Esses trazem prejuízos ao desenvolvimento do feto e ocasionam os abortos ou óbitos fetais, sendo necessário que nos cuidados pré-natais sejam fornecidas orientações e acompanhamentos para as gestantes não os utilizarem (DONALD *et al.*, 2020; RAICHAND *et al.*, 2020; SHROUKH; STEINKE; WILLIS, 2020).

Nesse contexto, a ruptura da simbiose materna-fetal pode ocorrer porque os medicamentos atravessam a placenta por meio do cordão umbilical e, por vezes, as substâncias contidas neles não são boas para o crescimento e desenvolvimento fetal, podendo ocasionar anomalias fetais, prematuridade ou até mesmo o aborto espontâneo e o óbito fetal (DAVIES *et al.*, 2020).

Todos os fatores mencionados, quer sejam intrínsecos ou extrínsecos, podem potencializar o déficit de autocuidado e vice-versa, visto que a faixa etária; o estado gestacional e de saúde; os aspectos socioeconômicos, familiares e ambientais; o sistema de saúde; e a disponibilidade de recursos interferem nas ações de autocuidado (OREM, 2001).

O déficit de autocuidado, que na maioria das vezes ocorre pela ausência da educação em saúde no período gestacional, pode ocasionar doenças e condições clínicas desfavoráveis, pois afeta o estado de saúde da gestante e os hábitos de vida, os quais interferem na saúde mental e física, na vida e no bem-estar do binômio mãe-feto, ocasionando a ruptura da relação simbiótica (OREM, 2001; REZAEAN *et al.*, 2020).

Em relação ao déficit dos requisitos de autocuidado universais, estes são comuns a todas as pessoas e estão associados aos processos de vida e ao bem-estar. Quando esses não são atendidos, pode-se ter a violência, o apoio social e/ou do parceiro ausente/insuficiente, o abuso

de álcool, o uso de drogas ilícitas, o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, o ganho de peso gestacional insatisfatório, por causa da falta de prevenção dos perigos à vida; da falta do suporte social e/ou do relacionamento; da pouca prática de hábitos saudáveis; e da ingestão inadequada de alimentos (OREM, 2001; REZAEAN *et al.*, 2020; MENDES *et al.*, 2022).

Na TMA, percebe-se que o ganho de peso gestacional insatisfatório, a pré-eclâmpsia na gestação anterior e o cuidado pré-natal ausente inadequado são ocasionados pelo déficit dos requisitos de autocuidado desenvolvimentais, devido ao período de adaptação e desenvolvimento que ocorre durante a gestação (OREM, 2001; REZAEAN *et al.*, 2020; MENDES *et al.*, 2022).

Já o déficit dos requisitos de desvio de saúde ocasiona problemas, tais como: complicações gestacionais, alterações do metabolismo da glicose, transferência de oxigênio ao feto comprometida, doenças e condições maternas, devido à falta de cuidados ou de tomadas de decisão em relação aos problemas de saúde, o que dificulta a recuperação, reabilitação e controle (OREM, 2001; REZAEAN *et al.*, 2020; MENDES *et al.*, 2022).

A TMA construída para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado contribui para a assistência de enfermagem a gestantes de alto risco, com a finalidade de evitar a susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica materna-fetal e de minimizar as complicações gestacionais ocasionadas por fatores intrínsecos e extrínsecos à gestação.

Com a compreensão do fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco e das relações de causalidade, o enfermeiro pode desenvolver o raciocínio clínico para identificar o DE e, posteriormente, implementar intervenções de enfermagem às gestantes de alto risco e suas famílias voltadas à promoção do autocuidado.

7.2 AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

Mais pesquisas precisam ser realizadas sobre a avaliação de TMA por meio do método Delphi (BOREL, 2019; BOREL *et al.*, 2021). Mas, existem evidências científicas recentes que realizaram a validação de conteúdo dos itens da teoria por meio da abordagem da sabedoria coletiva (DINIZ, 2017; SOUZA, 2017; FERNANDES, 2018; FRANÇA, 2020). Ambas subsidiarão esta discussão, já que esse método e essa abordagem foram utilizados neste estudo.

A taxa de retorno dos instrumentos de coleta de dados (58,33%) deste estudo foi semelhante a uma pesquisa que construiu e validou o conteúdo de uma TMA no Brasil (58,97%) (SOUZA, 2017). Esse baixo número de retorno pode reforçar a dificuldade da obtenção de

juízes, o que pode ocorrer devido a poucas pessoas terem experiência no estudo, na construção e na avaliação de teorias de enfermagem.

Dentre os 12 juízes que aceitaram participar da pesquisa, houve abstenção de 41,67% (dentro da média do que se observa na literatura – 30 a 50%) (BARRETT; HEALE, 2020). A dificuldade de obter quantia satisfatória de materiais respondidos também é enfatizada por Diniz (2017) que aborda os desafios de encontrar juízes com elevado grau de conhecimento na temática em estudo e com disponibilidade de tempo, diante das responsabilidades profissionais.

Outro fato que pode estar relacionado à abstenção dos juízes na participação desta pesquisa, é a ocupação deles no enfrentamento à pandemia da Covid-19, já que os enfermeiros estavam atuando na linha de frente (MENESES; CUNHA, 2022). Todavia, isso não afetou a confiabilidade da avaliação, já que o número de participantes ficou acima da média esperada.

A amostra (sete juízes) foi semelhante ao estudo que teve como objetivo construir e validar uma Teoria de Enfermagem (COSTA *et al.*, 2021). Ao utilizar o método Delphi para avaliação interna da TMA, recomenda-se que no mínimo cinco juízes realizem os julgamentos (BOREL *et al.*, 2021). Neste estudo, a amostra foi superior ao mínimo recomendado.

Em relação à caracterização dos juízes, os dados deste estudo corroboram os achados de uma pesquisa que construiu e validou um DE por meio de uma TMA (FERNANDES, 2018), que traz que a maioria dos juízes foi do sexo feminino, residia na região nordeste, atuava no ensino e era mestre e doutor e enfermagem. E são semelhantes aos resultados de uma tese que propôs realizar a validação de conteúdo dos elementos de um DE (FRANÇA, 2020), a qual teve na amostra apenas um juiz do sexo masculino.

O nível de expertise “competente” foi o que mais se destacou neste estudo, o que corrobora os dados de outras pesquisas que também utilizaram a abordagem da sabedoria coletiva (DINIZ, 2017; FRANÇA, 2020). Esse nível corresponde ao profissional que tem conhecimento prévio, raciocínio crítico e novas concepções sobre determinado assunto – são os indivíduos que avaliam de forma consistente e segura por usar o conhecimento e as habilidades apropriadas da sua prática profissional (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

O uso de critérios mais rigorosos enfatizados no método Delphi para avaliação de TMA pode justificar a ausência do nível de expertise “perito” (BOREL *et al.*, 2021), que corresponde ao nível máximo e ao profissional que tem conhecimento, intuições e habilidades baseadas em teorias de base e na experiência prática (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

Nesta avaliação, os juízes tiveram nível de expertise: iniciante avançado, competente e proficiente. Essa diferença dos níveis garante o critério de descentralização e a abordagem da sabedoria coletiva. As diferentes experiências profissionais e a formação dos avaliadores são

essenciais para a avaliação e contribuem para o aperfeiçoamento da teoria (BOREL *et al.*, 2021).

Os dados deste estudo também enfatizaram que a maioria dos juízes participou de grupos de pesquisa que abordam as Teorias de Enfermagem, bem como ministrou disciplinas, produziu artigos e participou de eventos que envolvem essa temática. Isso destaca a busca pela atualização, discussão e produção científica, o que representa a obtenção de um bom perfil de avaliadores e corrobora a fidedignidade dos resultados (DINIZ, 2017). Desse modo, a amostra do estudo é adequada para a avaliação da TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

Quanto à faixa etária dos juízes, a maioria das pesquisas trazem a média entre 30 e 33 anos de idade (DINIZ, 2017; SOUZA, 2017; FERNANDES, 2018; FRANÇA, 2020). Em outra pesquisa a maioria dos participantes da amostra atuava na docência e tinha experiência na área de Teorias de Enfermagem, o que corrobora o perfil dos juízes que participaram deste estudo.

Em relação à avaliação dos itens da teoria, assim como este estudo, uma pesquisa que teve por objetivo avaliar uma TMA, também utilizou a síntese dos critérios de avaliação da TMA (MCEWEN; WILLS, 2016), porém a análise da teoria não foi realizada com juízes (CRESPO *et al.*, 2014), o que difere do tipo de avaliação realizado neste estudo.

Alguns autores abordam que a síntese dos critérios de avaliação da TMA fornece contribuições significativas para a enfermagem e que a maioria das avaliações de teorias que fizeram uso desse referencial é realizada por meio de estudos teóricos-reflexivos ou qualitativos (CRESPO *et al.*, 2014; ZACCARA *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2021).

Um estudo que realizou a avaliação de TMA com o método Delphi e referencial-metodológico de Meleis (2018) trouxe o ponto de corte de 0,80 para obtenção do consenso dos juízes, e a escala *Likert* com possíveis justificativas qualitativas (BOREL, 2019). Segundo a diretriz publicada para a incorporação do método Delphi na avaliação de teorias de enfermagem, o pesquisador pode decidir a estratégia de avaliação a ser empregada diante de todas as alternativas mencionadas na literatura (BOREL *et al.*, 2021). Neste estudo, optou-se por escolher uma escala de cinco pontos.

De forma semelhante, em uma pesquisa realizada no Brasil que teve por objetivo avaliar uma TMA não houve a obtenção do consenso dos juízes na primeira rodada, sendo necessário realizar uma segunda avaliação, devido às sugestões dos avaliadores em relação à redação textual e aos ajustes de alguns conceitos (BOREL, 2019). Contudo, os autores trazem que não houve perdas de participantes na segunda rodada, diferentemente deste estudo (dos sete juízes, apenas quatro responderam o instrumento de coleta de dados no prazo determinado). A ausência

de juízes na outra rodada de avaliação pode ter comprometido a avaliação do item reavaliado, já que nem todos verificaram as alterações realizadas na teoria.

Quanto à necessidade de realizar uma segunda rodada, salienta-se a não obtenção do consenso a respeito de algum item ou elemento da TMA. A avaliação da TMA construída neste estudo mostra que o item “Previsão dos resultados e das consequências” pode ter sido mal avaliado pela falta de compreensão dos juízes, uma vez que a maioria das considerações realizadas foi a escrita das proposições que traziam determinismos.

As contribuições dos juízes na primeira rodada de avaliação são caracterizadas por diversos conhecimentos, experiências e pontos de vista. A utilização do método Delphi permite que os critérios obscuros possam ser clarificados ou alterados em outras rodadas de avaliação, de modo que essa clareza e alteração tenham lógica e coerência (BOREL *et al.*, 2021).

Uma pesquisa que realizou a validação de conteúdo dos conceitos de uma TMA evidencia que, devido à inclusão de juízes com vários níveis de expertise na avaliação, alguns avaliadores não compreendem os questionamentos a serem avaliados, por não terem muita experiência na área de Teorias de Enfermagem e/ou da área temática da teoria, o que faz com que alguns itens sejam mal avaliados (FERNANDES, 2018).

Neste estudo, os juízes deram sugestões importantes a respeito da redação textual das proposições, a fim de torná-las claras e com base na realidade vivenciada pelas gestantes de alto risco. As proposições são afirmativas que identificam as relações clínicas dos elementos do DE e devem ser construídas com clareza, de modo que diferenciem os diagnósticos de enfermagem que têm fatores etiológicos ou indicadores clínicos em comum, assim como que possibilitem explicar as especificidades do fenômeno em questão (LOPES; SILVA, 2016).

As proposições estão sujeitas às alterações e são apresentadas na tentativa de gerar hipóteses que podem ser testadas em estudos de validação empírica (BOREL *et al.*, 2021). Diante disso, as sugestões dos juízes a respeito da revisão textual das proposições foram acatadas e foram bem avaliadas na segunda rodada de avaliação.

Embora os outros itens que foram avaliados na TMA tenham atingido o consenso, outras sugestões dos juízes foram acatadas, a exemplo da modificação no texto e no pictograma acerca da inclusão dos fatores de risco “Apoio social ausente/insuficiente” e “Apoio do parceiro ausente/insuficiente” nos fatores condicionantes extrínsecos predisponentes.

Essa sugestão foi acatada, pois os fatores predisponentes são aqueles que tornam a gestante de alto risco mais susceptível ao Risco de binômio mãe-feto perturbado. O apoio social e/ou do parceiro ausente/insuficiente está relacionado a essa susceptibilidade, uma vez que podem promover a vulnerabilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto e interferir no bem-

estar do binômio (ANTONIAZZI; SIQUEIRA; FARIAS, 2019; MAFFEI; MENEZES; CREPALDI, 2019; AZEVEDO; HIRDES; VIVIAN, 2020). Isso reforça a importância de a gestante ter pessoas, sobretudo da família, que as ajudem a vivenciar os riscos gestacionais.

Tanto a insuficiência ou ausência do apoio social quanto do apoio do parceiro influenciam na saúde psicológica das gestantes, o que reflete na possibilidade da ocorrência de complicações para a saúde da mãe e do feto. Esses apoios envolvem a ida às consultas pré-natais, a realização de exames, o acompanhamento às hospitalizações e o apoio financeiro e psicológico ao longo da gravidez (MAFFEI, 2019).

O apoio social e do parceiro no contexto da gestação de alto risco influencia positivamente a autoestima da mulher, a integração social, a adaptação às mudanças e o enfrentamento de situações desfavoráveis, o que contribui para a manutenção da relação simbiótica mãe-feto e evita a perturbação do binômio (MAFFEI, 2019).

Além disso, quando há a rede social de apoio por meio de familiares, amigos, parceiros entre outras pessoas, a educação em saúde é realizada não somente a gestantes de alto risco, mas também às pessoas que as apoiam. Diante disso, há mudanças de práticas, desenvolvimento da autonomia e conscientização do cuidado à saúde durante o período gestacional (NÓBREGA *et al.*, 2019).

Esses fatores não foram retirados dos fatores extrínsecos incapacitantes, visto que também podem interferir na recuperação e promoção da saúde da gestante de alto risco. Isso é confirmado por outro estudo, que traz a presença do suporte familiar, dos amigos e dos parceiros às gestantes de alto risco como benéfica na promoção da saúde (PORTO; PINTO, 2019). Desse modo, o apoio social ausente/insuficiente e o apoio do parceiro ausente/insuficiente ficaram como fatores condicionantes extrínsecos incapacitantes e predisponentes na TMA construída neste estudo.

Em relação aos itens avaliados da TMA, destaca-se que os intervalos de confiança apresentados nos resultados deste estudo são estreitos, mesmo com uma amostra pequena de participantes, o que pode ter ocorrido porque não houve divergência de opiniões entre os juízes e pela consistência das respostas desses nas avaliações.

Os comentários acerca da TMA foram positivos, o que indica que a teoria foi avaliada de forma positiva. As respostas dos juízes acerca do questionamento aberto “Quais são as implicações para a enfermagem relacionadas à implementação da teoria?” indicam que a teoria pode contribuir com a maior assertividade dos cuidados, aproximar a teoria da prática, permitir uma visão mais ampla do fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado, além de contribuir

para o PE, auxiliar no desenvolvimento da enfermagem científica e melhorar os desfechos desfavoráveis ocasionados pelas complicações gestacionais.

Essas avaliações corroboram o que os pesquisadores abordam sobre as Teorias de Médio Alcance: que essas teorias representam um fenômeno de interesse, que são um meio para a construção do corpo do conhecimento específico da enfermagem, que podem explicar a prática da assistência de enfermagem e direcionar a prática profissional (BRANDÃO *et al.*, 2017; LEANDO *et al.*, 2020), além de que podem sugerir que intervenções de enfermagem sejam implementadas, o que contribui com a operacionalização do PE (FRÓES *et al.*, 2020).

A TMA para o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado foi avaliada pelos juízes, o que indica que esta pode ser útil e aplicada; e pode trazer contribuições potenciais para o conhecimento científico, sobretudo para o ensino, a pesquisa e a prática da enfermagem. A TMA poderá subsidiar o entendimento do fenômeno em estudo, o que contribuirá para a identificação do DE, para o planejamento da assistência e para a realização de ações de educação em saúde a gestantes de alto risco e suas famílias.

7.3 VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Esta etapa do estudo foi realizada com 155 gestantes de alto risco (31 grupo caso e 124 grupo controle) e teve como desfecho a ruptura da relação simbiótica materno-fetal. Essa relação caracteriza-se pelo fato de a mãe e o feto influenciarem a sobrevivência e o desenvolvimento um do outro. Todavia, pode haver o rompimento precoce dessa simbiose pela presença de diversos fatores (CHONG NETO *et al.*, 2019), os quais foram avaliados neste estudo.

Quanto ao perfil sociodemográfico das gestantes de alto risco, os achados desta pesquisa (maioria das mulheres era solteira e tinha faixa etária entre 14 e 42 anos) divergem do estudo caso-controle realizado em um ambulatório de referência com a mesma população, o qual mostrou que a predominância da amostra foi de mulheres que convivem com os companheiros e que têm faixa etária entre 20 e 34 anos de idade (HAO *et al.*, 2019). Outra pesquisa do tipo caso-controle envolvendo gestantes de alto risco trouxe uma média de faixa etária aproximada da deste estudo (27 anos) (ASSEFA *et al.*, 2018).

Em relação à escolaridade e ao trabalho, os resultados foram semelhantes a outro estudo - a maioria das participantes possuía ensino médio completo e estava desempregada (BACKES *et al.*, 2021). Essas variáveis não demonstraram associação com o desfecho, assemelhando-se a um estudo realizado na China (HAO *et al.*, 2019).

A maioria das gestantes de alto risco do grupo controle é evangélica e tem renda familiar entre um e dois salários-mínimos e a maioria das mulheres do grupo caso tem renda familiar menor que um salário-mínimo. Esses dados são semelhantes aos de uma pesquisa que avaliou a associação de fatores de risco ao desfecho da ruptura da relação simbiótica (ABADIGA *et al.*, 2021).

As desigualdades sociais voltadas às questões socioeconômicas repercutem na assistência pré-natal das gestantes de alto risco e no acesso destas aos serviços de saúde. Alguns autores abordam que a maioria dessas mulheres é chefe da família e recebe o benefício social do governo, o Bolsa Família (GARCIA *et al.*, 2019). Apesar disso, a renda familiar e o nível de escolaridade neste estudo não mostraram associação com o desfecho em questão, o que corrobora os resultados de outras pesquisas (ASSEFA *et al.*, 2018; SOLTANI *et al.*, 2019).

Diferentemente deste estudo, a variável cor parda esteve com maior prevalência em outras pesquisas no grupo que teve a ruptura da relação simbiótica materno-fetal – grupo caso (SILVA *et al.*, 2018; CARVALHO; OLIVEIRA, 2019). Ainda em relação a essa variável, assemelhando-se a este estudo, Hao *et al.*, (2019) enfatizam que ser parda não é um fator associado à ocorrência do desfecho, mas que a cor branca é considerada um fator de risco.

Acerca das características gineco-obstétricas das participantes, corroborando os achados deste estudo, os achados de outras pesquisas mostram que não houve diferença significativa entre os grupos caso e controle quanto ao tipo de parto (JIANG *et al.*, 2018; CARVALHO; OLIVEIRA, 2019; SOLTANI *et al.*, 2019; MAHMUD *et al.*, 2021).

O tipo de parto que mais se destacou em ambos os grupos foi o cesáreo e a média de anos de intervalo entre as gestações foi de aproximadamente três anos e meio, o que difere dos achados de outro estudo caso-controle realizado no Irã, que mostrou que o tipo de parto predominante foi o vaginal e a média entre o intervalo das gestações foi de dois anos, bem como que houve diferença estatística significativa entre os grupos (ALAVI *et al.*, 2021).

O parto cesáreo vem se tornando frequente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Esse tipo de parto pode ser benéfico para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, porém, quando realizado sem critérios bem definidos, não traz benefícios, pois ocasiona riscos para o binômio mãe-feto. No Brasil, 72,88% das gestantes de alto risco têm parto cesáreo e isso está relacionado à intercorrência clínica do parto prematuro (ANTUNES; ROSSI; PELLOSO, 2020).

Neste estudo, enfatiza-se que o número maior de partos do tipo cesáreo também é observado nas gestantes de alto risco que não tiveram a ruptura da relação simbiótica materno-

fetal, o que pode ter ocorrido pela necessidade de evitar desfechos desfavoráveis à mãe e ao feto ou pela própria escolha da mulher ou dos profissionais de saúde.

A escolha sobre o tipo de parto deve ser tomada de acordo com cada situação, sendo necessário a participação da gestante e da sua família na decisão (BRASIL, 2022). É importante salientar que a gestação de alto risco não é sinônimo de parto cesáreo, entretanto observa-se um aumento desse procedimento nessas gestantes (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019). Isso demonstra que muitas vezes há um excesso de intervenções desnecessárias durante o ciclo gravídico e que o modelo biomédico por vezes pode predominar em relação a uma assistência obstétrica humanizada.

Houve diferença entre os grupos caso e controle quanto ao número de consultas pré-natais. Em um estudo caso-controle realizado em maternidades públicas do estado de Alagoas também foi observado que dentre os fatores de risco para a prematuridade está o baixo número de consultas (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Essas consultas são essenciais para o desenvolvimento e crescimento saudável do feto, além de contribuírem para a saúde da mãe, pois é por meio do pré-natal que ações educativas são implementadas (VEIGA *et al.*, 2023).

Outros estudos realizados em serviços de referência para gestação de alto risco também detectaram diferenças entre os grupos caso e controle no que se refere ao número de consultas pré-natais. Semelhante aos dados desta pesquisa, autores evidenciaram que a ruptura da relação simbiótica entre a mãe e o feto ocorre com as mulheres que realizaram menos consultas. Isso ratifica que o acompanhamento pré-natal é relevante para o adequado desenvolvimento gestacional (CRUZ *et al.*, 2018; JIANG *et al.*, 2018; CARVALHO; OLIVEIRA, 2019).

Um dado importante a ser mencionado é que o número mínimo de consultas pré-natais não é só evidenciado no grupo caso deste estudo, mas também no grupo controle que foi de três consultas, abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Mesmo sendo um grupo composto por gestantes de alto risco que não desenvolveram a ruptura da relação simbiótica materno-fetal, observa-se que algumas mulheres não tiveram o cuidado pré-natal de forma efetiva, o que pode ter implicado na ocorrência de outros riscos gestacionais e na presença das variadas intercorrências categorizadas nesta pesquisa.

Durante o cuidado pré-natal é realizada a promoção do autocuidado a gestantes de alto risco por meio de orientações sobre a importância de hábitos saudáveis durante a gestação (MENDES *et al.*, 2023). Diante disso, quando essas mulheres não frequentam os serviços de saúde durante o período gestacional para realização do pré-natal, ou quando esse é realizado de forma inadequada, pode-se haver o déficit de autocuidado, o que contribui para a evolução desfavorável do binômio mãe-feto.

Houve diferença entre os grupos caso e controle em relação às intercorrências que foram analisadas em gestantes de alto risco, o que ratifica os resultados de outro estudo (JIANG *et al.*, 2018). Contudo, devido à variedade (grande quantidade de categorias nesta variável), não há como interpretar os resultados de forma minuciosa e estabelecer conclusões.

As intercorrências que levaram ao internamento da gestante de alto risco do grupo caso foram a prematuridade e o óbito fetal. A incidência da prematuridade ocorre entre 5% e 10% dos partos (ASSEFA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; VANIN *et al.*, 2020; ALVES *et al.*, 2021). Apesar dos avanços do campo da obstetrícia, a taxa desse fenômeno ainda é elevada, sobretudo em países em desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

No Brasil, as causas dos óbitos fetais estão na maioria das vezes relacionadas às causas não específicas e à hipóxia intrauterina não especificada (GIRALDI *et al.*, 2019; FONSECA *et al.*, 2021; MARQUES *et al.*, 2021). Mundialmente ocorrem cerca de 2,6 milhões de óbitos fetais. Destes, 98% ocorrem em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (BERNIS *et al.*, 2016).

No grupo controle pode-se destacar a ocorrência da hipertensão e diabetes como intercorrências que levaram o internamento das gestantes de alto risco, o que difere dos dados de outra pesquisa, que traz que 85,4% dessas mulheres não tinham histórico de hipertensão e 91,9% não tinham diabetes (ABADIGA *et al.*, 2021). Outra intercorrência que teve maior prevalência no grupo controle foi a pré-eclâmpsia, semelhante aos achados de outro estudo (MADUCOLIL *et al.*, 2021).

Um meio de minimizar a ocorrência de intercorrências gestacionais é através da participação das gestantes de alto risco em ações de educação em saúde durante o pré-natal, visto que por meio dessas ações, as mulheres compreendem os fatores de risco ao binômio mãe-feto e realizam as práticas de autocuidado (SILVA *et al.*, 2023).

Os fatores de risco analisados neste estudo quanto à ocorrência do desfecho ruptura da relação simbiótica materno-fetal foram: abuso de álcool, uso de drogas ilícitas, ganho de peso gestacional insatisfatório, cuidado pré-natal ausente/inadequado, obesidade, sobrepeso, tabagismo, violência, apoio do parceiro ausente/insuficiente e apoio social ausente/insuficiente.

Diferentemente de outra pesquisa, que também teve como critério de inclusão no grupo caso gestantes de alto risco que tiveram parto prematuro, os achados deste estudo mostram que não houve associação entre o tabagismo, o uso de drogas ilícitas e o abuso de álcool com o desfecho (CARVALHO; OLIVEIRA, 2019). Além disso, ao contrário do que Hao *et al.*, (2019) trazem, a obesidade, o sobrepeso e o ganho de peso gestacional insatisfatório não foram fatores que elevam a chance de haver a ruptura da relação simbiótica materno-fetal.

O fator de risco cuidado pré-natal ausente/inadequado mostrou associação com o desfecho, o que ratifica a diferença entre os grupos caso e controle encontradas neste estudo a respeito do número de consultas de pré-natal que demonstrou significância estatística.

A gestante de alto risco deve ser acompanhada na APS e em serviços de referências, uma vez que essas consultas permitem a realização do exame físico; a avaliação do IMC, da Pressão Arterial (PA), da Altura Uterina (AU); e a palpação para percepção dinâmica e ausculta dos BCF, além da vacinação e solicitação de exames (ALVES *et al.*, 2021; BRASIL, 2022), o que minimiza a ocorrência da prematuridade e do óbito fetal.

A assistência pré-natal é um componente importante para o ciclo gravídico-puerperal e está associada aos melhores desfechos gestacionais. Nessa assistência, é importante haver a humanização do cuidado, visto que as mulheres estão em período de vulnerabilidade pelo período em que se encontra (FREITAS; RIBEIRO, 2023). O Ministério da Saúde recomenda que as gestantes de alto risco frequentem às consultas de pré-natal, realizadas pelo médico e pelo enfermeiro, com o objetivo de reduzir os riscos gestacionais (BRASIL, 2022).

Reitera-se que neste estudo fica evidente que as gestantes de alto risco tiveram um cuidado pré-natal inadequado, enfatizado pelo número mínimo de idas às consultas tanto no grupo caso e controle – duas a três consultas, respectivamente. E quando se tem a assistência pré-natal inadequada, conseqüentemente a educação em saúde fica comprometida, o que interfere no processo saúde-doença do binômio mãe-feto.

A educação em saúde nas consultas pré-natais possibilita que as gestantes exponham seus questionamentos, dúvidas e incertezas, além de permitir que as mesmas obtenham informações, o que promove o empoderamento ao longo da gestação (FREITAS; RIBEIRO, 2023). Porém, mesmo quando as gestantes são consideradas de alto risco, nem sempre a assistência pré-natal é realizada; ou é realizada de forma superficial sem abordar as reais necessidades da mãe e do feto, elevando a ocorrência de desfechos gestacionais desfavoráveis.

Uma pesquisa aponta que a violência aumenta a chance das gestantes de alto risco ao desfecho, principalmente quando é do tipo física (BERHANIE *et al.*, 2019). Mas, neste estudo não se pôde calcular e afirmar tal associação, o que pode ter ocorrido devido ao número pequeno de participantes do grupo caso terem sofrido algum tipo de violência ou terem relatado sofrer essa agressão.

O baixo número de gestantes de alto risco que relataram sofrer violência pode estar relacionado à vergonha, ao medo e à dependência financeira e emocional do parceiro e que, por isso, preferem não dizer que foram violentadas. Além de ainda não haver um vínculo forte

formado entre o entrevistador e a mulher (MARQUES *et al.*, 2018), o que pode ter ocorrido durante esta pesquisa.

A associação entre o apoio social ausente/insuficiente e o desfecho também não foi vista, uma vez que nenhuma das participantes do grupo caso relataram esse fator. Isso corrobora o estudo de coorte realizado no Brasil, em Ribeirão Preto, que ressaltou que o apoio social ineficaz não teve associação significativa à ruptura da relação simbiótica materno-fetal (BRITO, 2018), e difere dos achados de outro estudo realizado na Etiópia, o qual mostrou essa associação (TEKLAY *et al.*, 2018).

Neste estudo, o fator de risco apoio do parceiro ausente/insuficiente também não demonstrou associação estatística com o desfecho. Em contrapartida, outros autores trazem que a presença desse apoio durante a gestação torna as mulheres menos propensas à ocorrência da ruptura da relação simbiótica entre a mãe e o feto, visto que os parceiros contribuem para o bem-estar da gestação (WUDIE *et al.*, 2019).

As populações em risco que foram analisadas quanto à ocorrência do desfecho deste estudo foram: extremos de idade materna, pré-eclâmpsia na gestação anterior, gestantes com baixo nível educacional e gestantes desfavorecidas economicamente.

Alguns autores trazem em sua pesquisa que não ocorreu significância estatística em relação à variável extremos de idade materna (gestantes adolescentes que têm menos de 19 anos ou com idade maior ou igual a 35 anos) e o desfecho ruptura da relação simbiótica materno-fetal (MAHMUD *et al.*, 2021).

Em outras pesquisas foi verificada a associação dessa variável com o desfecho (JIANG *et al.*, 2018; STYLIANOY-RIGA *et al.*, 2018; HAO *et al.*, 2019; SOLTANI *et al.*, 2019), assemelhando-se a este estudo. O extremo de idade materna foi uma variável que permaneceu no modelo de regressão logística reduzido e ajustado, visto que gestantes adolescentes ou com idade igual ou maior que 35 anos são mais vulneráveis a ruptura da relação simbiótica materno-fetal.

A gestação na adolescência é de alto risco para o desfecho devido ao organismo da adolescente ainda não está preparado para habitar outro ser, por isso a importância dessas mulheres participarem das práticas educativas voltadas à prevenção da gravidez precoce (ALVES *et al.*, 2021). Enquanto as mulheres com 35 anos ou mais têm mais chance de ocasionar o desfecho porque estão mais susceptíveis às doenças hipertensivas e à diabetes, as quais contribuem para a interrupção da simbiose materno-fetal (GOMES *et al.*, 2021).

A pré-eclâmpsia na gestação anterior pode aumentar a chance da prematuridade e do óbito fetal (SILVA *et al.*, 2021; BRASIL, 2022), uma vez que o risco de a mulher com pré-

eclâmpsia ter parto prematuro é de 1,63 vezes mais do que a sem a doença (CRUZ *et al.*, 2018). Em um estudo de caso, uma gestante que apresentou pré-eclâmpsia em gestações anteriores apresentou nas posteriores parto prematuro e feto morto (BACELAR *et al.* 2020). Esses dados contradizem os resultados deste estudo, uma vez que ter pré-eclâmpsia na gestação anterior não demonstrou aumentar a chance para a ruptura da relação simbiótica materno-fetal.

Os resultados deste estudo também não demonstraram haver associação estatística entre a população em risco “gestantes com baixo nível educacional” e o desfecho em questão. De forma semelhante, uma pesquisa do tipo caso-controle realizada com puérperas no estado de Pernambuco também não verificou essa associação (CRUZ *et al.*, 2018). Por outro lado, um estudo transversal demonstrou que mulheres com menos anos de estudo têm maior chance de ter a ruptura da relação simbiótica materno-fetal (GINAR, 2020).

Já a população em risco “gestantes desfavorecidas economicamente” mostrou associação estatística com o desfecho. Isso corrobora os achados de um estudo caso-controle realizado no Brasil, que traz que as mulheres que têm baixo nível socioeconômico têm mais chance de ter a ruptura da relação da simbiose entre a mãe e o feto durante o período gestacional, com um risco de aproximadamente duas vezes mais quando comparado com as mulheres que possuem maior poder aquisitivo (PITILIN *et al.*, 2021).

As variáveis relacionadas às condições associadas que foram analisadas quanto à ocorrência do desfecho foram: alteração do metabolismo da glicose, complicações gestacionais, condições maternas, doenças maternas, regime de tratamento e transferência do oxigênio ao feto comprometida.

Os achados deste estudo mostram que não há associação entre o fator alteração do metabolismo da glicose e o desfecho, diferentemente de outras pesquisas que trazem que na gestação de alto risco as mulheres do grupo caso expostas a esse fator têm uma vez mais chance de desenvolver a ruptura da simbiose entre a mãe e o feto (BACKES *et al.*, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2019). A não associação evidenciada neste estudo pode ter ocorrido porque a variável foi mais prevalente em gestantes de alto risco do grupo controle.

A OR da variável complicações gestacionais não foi calculada, em razão de todas as gestantes do grupo caso possuírem essa condição associada. Essas complicações, a exemplo da placenta prévia, ruptura prematura de membranas, síndromes hipertensivas e descolamento prematuro de placenta mostraram associação com o desfecho (JIANG *et al.*, 2018; ALAVI *et al.*, 2021; GEJO *et al.*, 2021), o que não pôde ser confirmado nesta pesquisa.

As condições maternas, a exemplo das dislipidemias – aumento do colesterol e triglicerídeos no sangue - ou da deficiência de vitamina D, demonstraram aumentar a chance

de ocorrer o desfecho do estudo, o que pode ser também observado em outras pesquisas que as avaliaram separadamente (HAO *et al.*, 2019; TIWARI *et al.*, 2022). Nesta pesquisa, a associação dessa variável com o desfecho ocorre mesmo sem as condições associadas terem sido avaliadas individualmente, porém esta não permaneceu no modelo de regressão logística reduzido e ajustado.

Neste estudo, as doenças maternas são fatores de proteção e, assim, as gestantes de alto risco com a presença desse fator possuem menor chance de estarem no grupo caso, havendo um risco diminuído entre o grupo exposto quando comparado com o não exposto. Por se tratar de uma variável ampla, pode existir uma variabilidade de doenças maternas, as quais deverão em estudos futuros serem avaliadas individualmente com cautela.

O conjunto de doenças maternas que foram avaliadas neste estudo foram: Depressão, Infecções maternas, Doenças autoimunes, Disfunção da tireoide, Neoplasias, Síndromes metabólicas e Síndromes Hipertensivas. Percebe-se que são patologias variadas, que atingem vários sistemas do organismo humano, e que pode haver a ocorrência de uma sem obrigatoriamente haver a ocorrência de outra.

Além disso, algumas dessas doenças estão categorizadas e englobam várias situações que podem mascarar outras. Por exemplo, as síndromes hipertensivas podem ser a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia, a hipertensão gestacional ou a síndrome HELLP; a disfunção da tireoide pode ser hipotireoidismo, hipertireoidismo ou tireoidite de Hashimoto, entre outros, sendo necessário serem avaliados individualmente para confirmar a proteção ou associação ao desfecho.

As doenças maternas permaneceram no modelo de regressão logística reduzido e ajustado e demonstraram ser um fator protetor para o desenvolvimento do desfecho. Isso difere dos achados de outros estudos que as avaliaram de forma individual e apresentaram a associação à ruptura da simbiose materno-fetal (WORKINEH *et al.*, 2018; SURESHBABU *et al.*, 2021; TSUJIMOTO *et al.*, 2022).

Não houve associação entre o regime de tratamento e o desfecho em estudo, o que corrobora os resultados de outras pesquisas (HAO *et al.*, 2019; CASTRO, 2021), que mostraram esse mesmo resultado. Isso ocorreu porque nem todos os medicamentos, mesmo quando são considerados teratogênicos, podem ocasionar a ruptura da simbiose materno-fetal.

A variável transferência de oxigênio ao feto comprometida mostrou alta associação com o desfecho e permaneceu no modelo de regressão logística reduzido e ajustado. A falta da oferta de oxigenação ao feto pode causar tanto a prematuridade quanto o óbito fetal, ocasionando a ruptura da relação simbiótica entre o binômio (GRANDI, 2021). Isso pode ser confirmado por

um estudo que aborda que o comprometimento do transporte de oxigênio ao feto que ocorre pela placenta e cordão umbilical é responsável por esse desfecho (ROLIM, 2021).

Diante dos resultados deste estudo, foram considerados cinco elementos para compor o DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, a saber: o fator de risco - cuidado pré-natal ausente/inadequado; as populações em risco - extremos de idade materna e gestantes desfavorecidas economicamente; e as condições associadas - condições maternas, transferência de oxigênio ao feto comprometida. Estes serão submetidos à Taxonomia da NANDA-I a fim de contribuir com a operacionalização do PE.

8 CONCLUSÃO

A evidência de validade clínica do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco foi obtida e subsidiará a assistência de enfermagem a essa população. Para contribuir com a compreensão do fenômeno em estudo, a TMA acerca da relação entre os elementos que compõem o diagnóstico com os conceitos do Modelo Geral de Enfermagem de Dorothea Orem foi construída e avaliada.

A partir deste estudo, foram identificadas as relações existentes entre alguns fatores de risco, populações em risco e condições associadas e a ocorrência do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, em que foram analisadas as suas associações com a ocorrência do desfecho “ruptura da relação simbiótica materno-fetal”.

Um fator de risco “Cuidado pré-natal ausente/inadequado”; duas populações em risco “Extremos de idade materna” e “Gestante desfavorecida economicamente” e duas condições associadas “Condições maternas” e “Transferência de oxigênio ao feto comprometida” foram consideradas capazes de aumentar a chance das gestantes de alto risco desenvolverem o desfecho. A condição associada “Doenças maternas” foi considerada um fator de proteção.

Os elementos que permaneceram no modelo de regressão logístico reduzido e ajustado foram considerados capazes de aumentar a chance para a ruptura da relação simbiótica materno-fetal explicam 63,31% o risco para a ocorrência do desfecho. Dessa forma, sugere-se a inclusão desses na Taxonomia da NANDA-I, bem como a revisão do DE, a fim de contribuir com o seu aperfeiçoamento e a sua atualização. O envio destes resultados à NANDA-I permitirá elevar o nível de evidência do DE em estudo.

Essa inclusão poderá subsidiar a identificação precisa do DE e o planejamento da assistência de enfermagem, sobretudo na implementação de intervenções de educação em saúde que possam prevenir os desfechos desfavoráveis da ruptura da relação simbiótica materno-fetal e promover o autocuidado das gestantes de alto risco.

A educação em saúde assume um importante papel no contexto da gestação de alto risco e os achados deste estudo ratificam a importância da realização de ações educativas a gestantes de alto risco e suas famílias, pois a partir dessas ações há a promoção do conhecimento acerca da ruptura da simbiose materno-fetal, bem como a promoção dos comportamentos saudáveis e boas práticas em saúde.

É necessário incluir as famílias das gestantes de alto risco no processo do cuidar e nas ações de educação em saúde, pois essas estão na maioria das vezes envolvidas no período gestacional, são a rede de apoio dessas mulheres e precisam estar informadas sobre o risco

gestacional para contribuir com a evolução favorável da gestação e com o bem-estar do binômio mãe-feto.

Sugere-se que sejam realizados estudos que testem na prática a TMA do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco, com a finalidade de contribuir para o aperfeiçoamento da teoria, bem como de testar as proposições elaboradas. Também é necessário realizar a validação clínica deste DE na população das gestantes com risco habitual, para que a associação entre os elementos e o desfecho seja verificada.

Como limitações deste estudo, para a etapa da construção da TMA, ressalta-se que o estabelecimento da hierarquia causal, que está associado à escolha do modelo adequado para construção da teoria e do modelo teórico, pode ter restringido a relação causal. Além de que a TMA pode ser restritiva à população de gestantes de alto risco.

Para a avaliação da TMA, destaca-se a dificuldade de obter um número maior da amostra dos juízes, bem como do retorno de todos os instrumentos de coleta de dados preenchidos, principalmente na segunda rodada de avaliação, visto que houve perda de participantes e que o item que não obteve consenso não foi reavaliado por todos os juízes que participaram da primeira rodada.

Ademais, houve a dificuldade para resumir os achados da avaliação da TMA de forma genérica, devido à utilização do método, o qual foi realizado com por meio de uma abordagem quantitativa com poucos participantes e com pouca diversidade de juízes (o grupo de participantes tinha pouca variedade de experiência).

Como houve a inclusão de juízes com vários níveis de expertise, considerando a abordagem da sabedoria coletiva, alguns não compreenderam o item a ser avaliado a respeito dos possíveis resultados e das consequências da TMA, o que pode ter ocorrido pelo fato de o instrumento de coleta de dados ter tido critérios teórico-filosóficos que tornaram o julgamento difícil.

A respeito da validação clínica, por ter sido realizado um estudo caso-controle, que é retrospectivo, alguns fatores podem ter influenciado os resultados deste estudo, a saber: o instrumento de coleta de dados continha os antecedentes “violência”, “abuso de álcool”, “uso de drogas ilícitas”, “tabagismo”, “apoio social ausente/insuficiente”, “apoio do parceiro ausente/insuficiente” e “pré-eclâmpsia na gestação anterior”, os quais as participantes do estudo podem não ter respondido com veracidade, por vergonha, medo ou falta de conhecimento.

Portanto, confirma-se a tese: “A evidência de validade clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco estruturado a partir de uma TMA permite a identificação dos fatores etiológicos associados à ruptura da relação simbiótica materno-fetal.”.

Dentre as contribuições ao avanço do conhecimento científico da enfermagem, tem-se que os achados deste estudo trazem contribuições para a prática clínica, para o ensino e pesquisa, uma vez que poderão subsidiar a implementação do PE.

REFERÊNCIAS

- ABADIGA, Muktar *et al.* Determinants of preterm birth among women delivered in public hospitals of Western Ethiopia, 2020: Unmatched case-control study. **Plos one**, v. 16, n. 1, p. e0245825, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245825>. Acesso em: 27 jan. 2022.
- ADEMUYIWA, Iyabo Yewande; FAROTIMI, Adekunbi Abosede; OJO, Eunice Abimbola. Social support and satisfaction with antenatal care services among pregnant women in Lagos State, Nigeria. **African Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ajmw.2018.0038>. Acesso em: 03 maio 2021.
- AGHABABAEI, Soodabeh *et al.* The Effect of Self-Care Counseling on Health Practices of 35-Year-Old or More Aged Pregnant Women Referring to Hamadan Health Care Centers, in 2018. **Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care**, v. 28, n. 1, p. 67-74, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.30699/ajnm.28.1.67>. Acesso em: 03 maio 2021.
- AGUIAR, Leticia Lima *et al.* Julgamento clínico em diagnósticos de enfermagem de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Enfermería Global**, v. 19, n. 2, p. 162-197, 2020. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/373931>. Acesso em: 28 mai. 2023.
- AL-OTAIBI, Hala *et al.* Obesity, gestational weight gain, and polyunsaturated fatty acids profile in pregnant Saudi women. **Bioinformation**, v. 16, n. 6, p. 493, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6026/97320630016493>. Acesso em: 10 maio 2021.
- ALAVI, Azin *et al.* Maternal predictive factors for preterm birth: A case-control study in Southern Iran. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 10, n. 1, p. 124, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_668_20. Acesso em: 27 jan. 2021.
- ALI, Nasloon *et al.* Antenatal care initiation among pregnant women in the United Arab Emirates: The Mutaba'ah Study. **Frontiers in Public Health**, v. 8, n. 1, 2020, p. 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00211>. Acesso em: 12 maio 2021.
- ALMEIDA, Antonia Rios. **Diagnóstico de Enfermagem Síndrome de Terminalidade: validação clínica em cuidados paliativos oncológicos**. 2019. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/13033/1/Antonia%20Rios%20Almeida.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2020.
- ALMEIDA, Antonia Mylene Sousa *et al.* Prevenção da gravidez na adolescência na atenção primária á saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e26720-e26720, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26720/14878>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- ALMEIDA, Sarah Kelley Ribeiro de *et al.* As práticas educativas seus respectivos impactos na prevenção da gravidez na adolescência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 9787-9800, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-017>. Acesso em: 07 fev. 2022.

ALONSO, Viridiana Alcantara *et al.* Corticotropin-releasing hormone as the homeostatic rheostat of Feto-maternal Symbiosis and developmental programming in utero and neonatal life. **Frontiers in endocrinology**, v. 8, p. 155-161, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00161>. Acesso em: 12 abr. 2021.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>. Acesso em: 02 jan. 2020.

ALVES, Thaynara Oliveira *et al.* Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 14860-14872, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-040>. Acesso em: 10 nov. 2021.

AMORIM, Thaís Vasconcelos *et al.* Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 500-543, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>. Acesso em: 03 jan. 2020.

AMORIM, Tamiris Scoz *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e202110300, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300>. Acesso em: 25 abr. 2023.

ANTE, Zharmaine *et al.* Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 5, p. 673-682, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23251>. Acesso em: 30 maio 2021.

ANTONIAZZI, Marina Peripolli; SIQUEIRA, Aline Cardoso; FARIAS, Camila Peixoto. Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. **Pensando famílias**, v. 23, n. 2, p. 191-207, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015. Acesso: 20 mar. 2020.

ANTUNES Marcos Benatti *et al.* Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170067>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ANTUNES, Marcos Benatti; ROSSI, Robson Marcelo; PELLOSO, Sandra Marisa. Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03526, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018042603526>. Acesso em: 10 nov. 2021.

ASHENAFI, Wondimye *et al.* Prevalence and associated factors of intimate partner violence during pregnancy in Eastern Ethiopia. **International journal of women's health**, v. 12, n. 1, p. 339-358, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S246499>. Acesso em: 09 maio 2021.

ASSEFA, Natnael Etsay *et al.* Risk factors of premature rupture of membranes in public hospitals at Mekele city, Tigray, a case control study. **BMC pregnancy and childbirth**, v.

18, n. 1, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2016-6>. Acesso em: 21 jan. 2022.

AZEVEDO, Cíntia Costa da Silveira; HIRDES, Alice; VIVIAN, Aline Groff. Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco. **International Journal of Development Research**, v. 10, n. 09, p. 40216-40220, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37118/ijdr.20034.09.2020>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BACELAR, Letícia França Fiuza *et al.* Estudo de caso clínico: assistência de enfermagem preventiva a puérpera com múltiplas ocorrências de pré-eclâmpsia. **ÚNICA Cadernos Acadêmicos**, v. 3, n. 1, 2020. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/162/140>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BACKES, Gabriela Medeiros *et al.* Diabetes na gestação de alto risco e desfechos perinatais: estudo caso controle. **International Journal of Development Research**, v. 10, n. 9, p. 40860-40863, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37118/ijdr.20065.09.2020>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BADAKHSH, Mahin *et al.* The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A phenomenology investigation. **Midwifery**, v. 82, n. 1, p. 102625, 2020. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.1016/j.midw.2019.102625>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BALLER, Daniel *et al.* Gestational growth trajectories derived from a dynamic fetal-placental scaling law. **Journal of the Royal Society Interface**, v. 16, n. 159, p. 20190417, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1098/rsif.2019.0417>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BAI, Wei *et al.* Association between ambient air pollution and pregnancy complications: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Environmental Research**, v. 185, n. 1, p. 109471, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109471>. Acesso em: 11 maio 2021.

BANDOLI, Gretchen *et al.* Mediation of adverse pregnancy outcomes in autoimmune conditions by pregnancy complications: a mediation analysis of autoimmune conditions and adverse pregnancy outcomes. **Arthritis care & Research**, v. 72, n. 2, p. 256-264, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/acr.24037>. Acesso em: 30 maio 2021.

BARREIRO, Reinaldo Gutierrez. **Validação do diagnóstico de enfermagem baixa autoeficácia em saúde**. 2022. 22p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/69058/2/2022_tese_rgbarreiro.pdf. Acesso em: 27 mai. 2023.

BARRETT, David; HEALE, Roberta. What are Delphi studies?. **Evidence-based nursing**, v. 23, n. 3, p. 68-69, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BARROS, Patrícia de Sá; AQUINO, Érika Carvalho de; SOUZA, Marta Rovey de. Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.

53, n. 1; p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000714>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BAŞ, Evrim Kiray *et al.* Maternal characteristics and obstetric and neonatal outcomes of singleton pregnancies among adolescents. **Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research**, v. 26, n. 1, p. e919922-1- e919922-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12659/MSM.919922>. Acesso em: 04 maio 2021.

BASHAR, Mohammad Abul; HAQUE, AKM Rezaul; RAHMAN, Rahnuma. Prevalence of anaemia among pregnant women in a rural area of Bangladesh: impact of socio-economic factors, food intake and micronutrient supplementation. **American Journal of Pure and Applied Sciences**, v. 2, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34104/ajpab.0200107>. Acesso em: 20 maio 2021.

BATISTA, Mikael Henrique Jesus *et al.* Atuação do enfermeiro na educação sexual na adolescência no contexto escolar. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 4819-4832, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-161>. Acesso em: 07 fev. 2022.

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

BERHANIE, Eskedar *et al.* Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. **Reproductive health**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0670-4>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BERNIS, Luc *et al.* Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. **The Lancet**, v. 387, n. 10019, p. 703-716, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X). Acesso em: 27 jan. 2022.

BEZERRA, Júlia Carmo. **Modos de enfrentamento e apego materno-fetal em gestantes de alto risco: um estudo comparativo**. 2017. 86f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/23680/1/JuliaCarmoBezerra_DISSERT.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

BIANCHI, Chiara *et al.* The role of obesity and gestational diabetes on placental size and fetal oxygenation. **Placenta**, v. 103, n. 1, p. 59-63, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2020.10.013>. Acesso em: 11 maio 2021.

BIANCHINI, Bianca Vendruscolo *et al.* Prevalence of Alcohol and Tobacco Use and Perceptions Regarding Prenatal Care among Pregnant Brazilian Women, 2017 to 2018: A Mixed-Methods Study. **Maternal and Child Health Journal**, v. 24, n. 12, p. 1438-1445, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03012-3>. Acesso em: 21 maio 2021.

BITENCOURT, Fernanda *et al.* As consequências da deficiência de vitamina d (dvd) materno-fetal. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 10, n. 02, 2021. Disponível em:

<http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/9409/47967952>. Acesso em: 03 jun. 2023.

BOREL, Manuela Gomes Campos. **Avaliação da Teoria dos Vínculos Profissionais por meio do modelo de Meleis**. 2019. 165f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/pgenfermagem/wp-content/uploads/sites/167/2019/07/Manuela-Gomes-Campos-Borel.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2021.

BOREL, Manuela Campos Gomes *et al.* Guideline for incorporating the Delphi method in the evaluation of nursing theories. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e338, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4157.3387>. Acesso em: 20 jun, 2021.

BORGES, Renata Campos de Sousa *et al.* Utilização de tecnologias educativas para a promoção do autocuidado em gestantes: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 68915-68931, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-366>. Acesso em: 26 abr. 2023.

BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes *et al.* Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. e1420017, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001420017>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes *et al.* Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 577-581, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 570 de 01 de junho de 2000**. Instituir o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 569 de 01 de junho de 2000** Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.020 de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html#:~:text=1%C2%BA%20Ficam%20institu%C3%ADdos%20os%20princ%C3%ADpios,CGBP\)%2C%20em%20conformidade%20com%20a](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html#:~:text=1%C2%BA%20Ficam%20institu%C3%ADdos%20os%20princ%C3%ADpios,CGBP)%2C%20em%20conformidade%20com%20a). Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção de pré-natal de baixo risco**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível

em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.481, de 13 de junho de 2017**. Altera o prazo estabelecido no art. 37 da Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013. Brasília:

Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: in.gov.br/materia/

[/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19116654/do1-2017-06-14-portaria-n-1-481-de-13-de-junho-de-2017-19116596](http://asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19116654/do1-2017-06-14-portaria-n-1-481-de-13-de-junho-de-2017-19116596). Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde (TABNET)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 31 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

file:///C:/Users/ryann/Downloads/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRILHANTE, Ana Paula Cavalcante Ramalho; JORGE, Maria Salete Bessa. Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20180816, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0816>. Acesso em: 13 maio 2021.

BRITO, Livia Muzzi Diniz. **Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17145/tde-23042018-121127/publico/LIVIAMUZZIDINIZBRITOCorrig.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

CAPARROS-GONZALEZ, Rafael A. Maternal and neonatal consequences of coronavirus COVID-19 infection during pregnancy: a scoping review. **Revista espanola de salud publica**, v. 94, n. 1, p. 202004033, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-937957>. Acesso em: 25 maio 2021.

CARDOSO, Ana Carla Godinho *et al.* Tecnologia educacional sobre toxoplasmose para gestantes do pré-natal de alto risco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 1, p. e179-e179, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e179.2019>. Acesso em: 26 abr. 2023.

CARDOSO, Raquel Ferreira *et al.* Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, n. 23, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e397.2019>. Acesso em: 30 mar. 2020.

CARDOSO, Soraya Lopes *et al.* Ações de promoção para saúde da gestante com ênfase no pré-natal. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 180-186, 2019. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/654>. Acesso em: 03 jun. 2023.

CARVALHO, Silas Santos; OLIVEIRA, Bruno Rodrigues. Fatores preditivos para a ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade: um estudo caso-controle. **Revista Educação em Saúde**, v. 7, n. 1, p. 100-108, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/234552414.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CASTRO, Gisélia Gonç2 Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. **Aletheia**, v. 52, n. 1, p. 102-115, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/226091>. Acesso em: 01 abr. 2020.

CASTRO, Caroline Tianeze de. **Uso de paracetamol durante a gestação e desenvolvimento de desfechos perinatais**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/33867/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Caroline%20Tianeze%20de%20Castro%20Vers%c3%a3o%20Final.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS (CDC). **Cause-of-death Data From the Fetal Death File, 2015–2017**. EUA: National Center for Health Statistics, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr69/nvsr69-04-508.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

CHEN, Qinqing *et al.* Association between maternal blood lipids levels during pregnancy and risk of small-for-gestational-age infants. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-76845-1>. Acesso em: 31 maio 2021.

CHONG-NETO, Herberto *et al.* A microbiota intestinal e sua interface com o sistema imunológico. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, v. 3, n. 4, p. 406-420, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2526-5393.20190055>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CHRISTOPH, Patricia *et al.* High prevalence of severe vitamin D deficiency during the first trimester in pregnant women in Switzerland and its potential contributions to adverse outcomes in the pregnancy. **Swiss medical weekly**, v. 150, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20238>, Acesso em: 30 maio 2021.

CHUDNOVETS, Anna *et al.* Dose-dependent structural and immunological changes in the placenta and fetal brain in response to systemic inflammation during pregnancy. **American Journal of Reproductive Immunology**, v. 84, n. 1, p. e13248, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aji.13248>. Acesso em: 30 maio 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 0477 de 14 de abril de 2015**. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência as gestantes, parturientes e puérperas. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em: 25 jan. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº516 de 27 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html#:~:text=%C2%A7%C2%BA%20%C3%89%20vedado%20ao,%C3%A0s%20situa%C3%A7%C3%B5es%20previs%C3%ADveis%20e%20rotineiras. Acesso em: 25 jan. 2020.

COSSI, Marcelly Santos. **Eficácia do objeto virtual de aprendizagem sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem obstétrica**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/28482/1/Eficaciaobjetovirtual_Cossi_2019.pdf. Acesso em: 08 abr. 2021.

COSTA, Lesiana Dalla *et al.* Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. e-1199, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190047>. Acesso em: 25 fev. 2020.

COSTA, Daniel Alves da *et al.* Enfermagem e a Educação em Saúde. **Revista Científica da Escola Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, v. 6, n. 3, p. 6000012, 2020.

Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/234/90>. Acesso em: 03 jun. 2023.

COSTA, Kalidia Felipe de Lima *et al.* Teoria de enfermagem para a adesão de pessoas ao tratamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0344>. Acesso em: 27 dez. 2021.

CRESPO, Sandrina *et al.* Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. **Revista da UIIPS**, p. 128, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Ceu-Barbieri-Figueiredo/publication/273440695_Teoria_da_Diversidade_e_Universalidade_do_Cuidado_Cultural_Analise_segundo_o_Metodo_Sintetico_de_McEwen_e_Wills/links/5500b7290cf2d61f82106ff9/Teoria-da-Diversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-o-Metodo-Sintetico-de-McEwen-e-Wills.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.

CRUZ, Simone Seixas *et al.* Prematuridade ao nascer, hipertensão materna e outros fatores associados: um estudo de caso-controle na região do Vale do São Francisco. **Brazilian Journal of Health Research**, v. 20, n. 4, p. 113-119, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/24605>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DANIELE, Marina Alice Sylvia. Male partner participation in maternity care and social support for childbearing women: a discussion paper. **Philosophical Transactions of the Royal Society B**, v. 376, n. 1827, p. 20200021, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0021>. Acesso em: 21 maio 2021.

DAVIS, Nicole; KING, Caroline; KOURTIS, Athena. Cytomegalovirus infection in pregnancy. **Birth defects research**, v. 109, n. 5, p. 336-346, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bdra.23601>. Acesso em: 29 maio 2021.

DAVIES, Gareth *et al.* Medicines prescribed for asthma, discontinuation and perinatal outcomes, including breastfeeding: A population cohort analysis. **Plos one**, v. 15, n. 12, p. e0242489, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242489>. Acesso em: 30 maio 2021.

DIMASUAY, Kris Genelyn *et al.* Placental responses to changes in the maternal environment determine fetal growth. **Frontiers in physiology**, v. 7, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fphys.2016.00012>. Acesso em: 12 abr. 2021.

DINIZ, Camila Maciel. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem padrão ineficaz de alimentação do lactente**. 2017. 174f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/28903/1/2017_dis_%20cmdiniz.pdf. Acesso em: 23 dez. 2021.

DONALD, Sarah *et al.* Prescription medicines with potential for foetal harm: dispensing before and during pregnancy in New Zealand, 2005–2015. **European journal of clinical pharmacology**, v. 76, n. 6, p. 887-896, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00228-020-02868-2>. Acesso em: 27 maio 2021.

ELSENBRUCH, Sigrid *et al.* Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. **Human reproduction**, v. 22, n. 3, p. 869-877, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/del432>. Acesso em: 20 maio 2021.

EL SAYED, Hanan Abd Elwahab *et al.* Efficacy of an Intervention Based on Theory of Planned Behavior on Self-Care Management among Women with Pregnancy Induced Hypertension. **Journal of Nursing and Health Science**, v. 9, n. 1, p. 7-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.9790/1959-0901030720>. Acesso em: 20 out. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Plano Diretor Estratégico HC-UFPE 2021-2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/governanca/plano-diretor-estrategico-pde/pde-hc-ufpe-2021-2023-1.pdf>. Acesso em: 16 de dez. de 2020

ENEBE, JT; OFOR, IJ; OKAFOR, II. Placenta percreta causando ruptura uterina espontânea e morte fetal intrauterina em útero sem cicatriz: relato de caso. **Jornal internacional de relatos de casos de cirurgia**, v. 65, p. 65-68, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.10.039>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ERICKSON, Nora; JULIAN, Megan; MUZIK, Maria. Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. **International review of psychiatry**, v. 31, n. 3, p. 245-263, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1563529>. Acesso em: 31 mar. 2021.

ERRICO, Livia de Sousa Pancrácio *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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>. Acesso em: 19 jan. 2020.

FAWCETT, Jacqueline; DESANTO-MADEYA, Susan. **Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories**. Philadelphia: FA Davis, 2012.

FEHRING, Richard. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart Lung**, v.16, n. 6, p. 625-629, 1987. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/213076462.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

FERNANDES, Maria Isabel da Conceição Dias. **Construção e validação do diagnóstico de enfermagem risco de volume de líquidos excessivo a partir de uma teoria de médio alcance**. 2018. 213f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/26225/1/Constru%C3%A7%C3%A3ovalida%C3%A7%C3%A3odiagn%C3%B3stico_Fernandes_2018.pdf. Acesso em: 23 dez. 2021.

FERNANDES, Juliana Azevedo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 406-416, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109>. Acesso em: 18 fev. 2020.

FERNANDES, Maria Andréa *et al.* Modelo de análise e avaliação de Fawcett aplicado à teoria da tristeza crônica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0010>. Acesso em: 19 jan. 2022.

FERNÁNDEZ-SOLA, Cayetano *et al.* Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 10, p. 3421, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>. Acesso em: 31 mar. 2021.

FERREIRA, Raisia Camilo; DURAN, Erika Christiane Marroco. 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, p. e3190, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2859.3190>. Acesso em: 20 mai. 2020.

FERREIRA, Lais Assenheimer de Paula *et al.* Pregestational body mass index, weight gain during pregnancy and perinatal outcome: a retrospective descriptive study. **Einstein**, v. 18, n. 1, p. Eao4851 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4851. Acesso em: 17 maio 2021.

FERREIRA, Samuel Vareira *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. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v7i2.3410>. Acesso em: 30 maio 2021.

FERREIRA-JUNIOR, Antônio Rodrigues *et al.* O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 650-667, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2524>. Acesso em: 15 fev. 2020.

FIGUEIREDO, Rita Maria Sousa Abreu *et al.* Death anxiety in palliative care: Validation of the nursing diagnosis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 178-185, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900025>. Acesso em: 24 abr. 2020.

FIORAVANTE, Flávia Fragoso dos Santos; QUELUCI, Gisélia de Carvalho. Educational technology for the prevention of urinary tract infections during pregnancy: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 1, p. 28-36, 2017. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5447>. Acesso em: 25 abr. 2020.

FILIZOLA, M. C. *et al.* Diâmetro dos vasos placentários e a suplementação sanguínea fetal identificada em placentas de recém-nascidos a termo em maternidade públicas do Recife. **Scientific Research and Reviews**, v. 9, n. 88, p. 1-4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.28933/SRR>. Acesso em: 11 abr. 2021.

FINNBOGADÓTTIR, Hafrún; BAIRD, Kathleen; THIES-LAGERGREN, Li. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02864-5>. Acesso em: 16 maio 2021.

FLEISS J. L. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. John Wiley & Sons, 1981.

FONSECA, Bárbara Cristina Rodrigues. A construção do vínculo afetivo mãe-filho na gestação. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**. Garça, v. 14, n. 8, p. 1-17, 2010.

Disponível em:

http://www.faeef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/JbdGtOweBVvuv1S_2013-5-13-15-14-55.pdf. Acesso em: 01 jul. 2021.

FONSECA, Sandra Costa *et al.* Evitabilidade de óbitos fetais: reflexões sobre a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00265920, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00265920>. Acesso em: 27 jan. 2022.

FONSECA, Julyana Suelen Rodrigues *et al.* Perfil epidemiológico e clínico de mulheres gestantes de alto risco. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, v. 12, n. 38, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.218-228>. Acesso em: 26 abr. 2023.

FRANÇA, Michelline Santos de. **Validação do diagnóstico de enfermagem Rede Social de Apoio Ineficaz**. 2020. 235f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39790/2930555/Michelline+Santos+de+Fran%C3%A7a/a4f35651-5056-492c-b6b1-e92be6bdfddf>. Acesso em: 23 dez. 2021.

FREITAS, Gabriely Larissa Sena; RIBEIRO, Yasmin Bezerra. **Práticas de educação em saúde desenvolvidas na assistência pré-natal: revisão integrativa**. 2023. 29p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/50123/1/TCC%20Gabriely%20Larissa%20Sena%20de%20Freitas%20e%20Yasmin%20Bezerra%20Ribeiro.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2023.

FRICK, Alexander P. Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcomes. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v.70, n. 1, p. 92-100, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005>. Acesso em: 30 maio 2021.

FRIEDMAN, Lauren E. *et al.* Association of social support and antepartum depression among pregnant women. **Journal of affective disorders**, v. 264, n. 1, p. 201-205, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.017>. Acesso em: 25 mai. 2020.

FRÓES, Nathaly Bianka Moraes *et al.* Teoria de médio alcance para o diagnóstico de enfermagem Volume de Líquidos Excessivo em gestantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0334>. Acesso em: 20 jan. 2022.

GARCIA, Estefania Santos Gonçalves *et al.* The nursing care actions toward the pregnant women: Challenging the primary health care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 10, n. 3, p. 863-870, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.863-870>. Acesso em: 10 fev. 2020.

GARCIA, Érica Marvila *et al.* Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4633-4642, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017>. Acesso em: 10 nov. 2021.

GEJO, Negeso Gebeyehu *et al.* Factors associated with preterm birth at Wachemo University Nigist Eleni Mohammed memorial hospital, southern Ethiopia: case-control study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03503-9>. Acesso em: 21 jan. 2021.

GHIMIRE, Upama *et al.* Depression during pregnancy and the risk of low birth weight, preterm birth and intrauterine growth restriction-an updated meta-analysis. **Early Human Development**, v. 152, n. 1, p. 105243, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105243>. Acesso em: 15 maio 2021.

GINAR, Daniele Olivo. Prevalência e fatores associados à prematuridade, em Santa Catarina, no período de 2016 a 2018. **Medicina-Pedra Branca**, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/16298/1/ARTIGO%20TCC%20-%20Daniele%20Olivo%20Ginar.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

GIRALDI, Laura M. *et al.* Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 55, p. 98-113, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20190007>. Acesso em: 27 jan. 2022.

GOMES, RYANNE CAROLYNNE MARQUES. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**. 2019. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39790/2582514/RYANNE+CAROLYNNE+MARQUES+GOMES/79ca6124-58c2-4942-9166-f8c55fa5b415>. Acesso em: 02 jan. 2020.

GOMES, RYANNE CAROLYNNE MARQUES *et al.* Analysis of the NANDA-I taxonomy “maternal-fetal dyad” concept in high-risk pregnancy: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73, n. 4, p. e20190649, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0649>. Acesso: 30 set. 2020.

GOMES, TABATHA GONÇALVES ANDRADE CASTELO BRANCO *et al.* Desfechos perinatais relacionados a idade materna e comorbidades gestacionais nos nascimentos prematuros. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 32, n. 01, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1357944/862-final.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

GONÇALVES, RAQUEL CALADO DA SILVA *et al.* Clinical validation of nursing diagnoses: literature review/Validação clínica de diagnósticos de enfermagem: revisão de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 602-606, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9332>. Acesso em: 25 abr. 2023.

GORDON, MARJORY; SWEENEY, MARY ANNE. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Advances in Nursing Science**, v.2, n.1, p. 1-15, 1979. Disponível em: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/citation/1979/10000/methodological_problems_and_issues_in_identifying.2.aspx. Acesso em: 25 set. 2020.

GRANDI, MICHELLE MENDES. **Morte fetal intrauterina: o papel do anatomopatológico da placenta e do cordão umbilical**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) –

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/224383>. Acesso em: 27 jan. 2022.

GREGORIO, Sofia Gisch; MARIOT, Márcia Dornelles Machado. Cuidados na gestação de alto risco na percepção dos enfermeiros, gestante e família: uma revisão integrativa. **Revista cuidado em enfermagem**, v. 5, n. 6, p. 1-18, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/ryann/Downloads/marluce,+Gerente+da+revista,+Artigo+01-+1433-+cuidados+na+gestac_a_o+de+Alto+risco.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.

GUEDES, Nirla Gomes *et al.* Clinical validation of factors associated with sedentary lifestyle in adolescents. **Revista Rene**, v. 1, n. 20, p. 29, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040395>. Acesso em: 20 jun. 2020.

GUERRA, Juliana Vidal Vieira; VALETE, Cristina Ortiz Sobrinho; ALVES, Valdecyr Herdy. Perfil sócio-demográfico e de saúde de gestantes em um pré-natal de alto risco. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 249-261, 2018. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/911>. Acesso em: 25 fev. 2020.

GUTTMACHER, Alan; MADDOX, Yvonne; SPONG, Catherine. The Human Placenta Project: placental structure, development, and function in real time. **Placenta**, v. 35, n. 5, p. 303-304, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2014.02.012>. Acesso em: 31 abr. 2021.

HAO, Yongxiu *et al.* Association of maternal serum copper during early pregnancy with the risk of spontaneous preterm birth: a nested case-control study in China. **Environment international**, v. 122, p. 237-243, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.11.009>. Acesso em: 21 jan. 2022.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>. Acesso em: 11 fev. 2021.

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

HERDMAN, Tracy Heather; LOPES, Camila Takao. **Diagnósticos de enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico**. In: HERDMAN, T. Heather (Org.). PRONANDA. 2º ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 29-63.

HERDMAN, Tracy Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takao. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021- 2023**. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.

HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo; PACHECO, José Alejandro Concepción; LARREYNAGA, Mirian Rodriguez. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. **Gaceta médica espirituaña**, v.19, n. 3, p. 83-100, 2017. Disponível em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009. Acesso em: 25 out. 2020.

HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. **Revista Archivo Médico de Camagüey**, v. 23, n. 6, p. 814-825, 2019. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552019000600814. Acesso em: 25 out. 2020.

HILALI, Nese Gul *et al.* Recurrent pregnancy loss and metabolic syndrome. **Ginekologia Polska**, v. 91, n. 6, p. 320-323, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0063>. Acesso em: 30 maio 2021.

HOLNESS, Nola. High-risk pregnancy. **Nursing Clinics**, v. 53, n. 2, p. 241-251, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010>. Acesso em: 02 jan. 2020.

HOSKINS, Lois. **Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research**. In: CARROL-JOHNSON, Rose Mary (ed.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: JB Lippincott; 1989. p. 126–31.

HULLEY, Stephen *et al.* **Delineando a pesquisa clínica-4**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Gestational Diabetes**. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2020. Disponível em: <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm>. Acesso em: 18 maio 2021.

ILSKA, Michalina; PRZYBYLA-BASISTA, Hanna. The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. **Psychology, health & medicine**, v. 25, n. 5, p. 630-638, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1737718>. Acesso em: 31 mar. 2021.

JACOB, Lia Maristela *et al.* Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 87, n. 25, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/raid-2019-v.87-n.25-art.197>. Acesso em: 25 mar. 2020.

JANTSCH, Paula Fernanda *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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1534>. Acesso em: 15 maio. 2020.

JIANG, Min *et al.* A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 57, n. 6, p. 814-818, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.10.008>. Acesso em: 21 jan. 2022.

KA, Mogan; VENKATESH, U.; KAPOOR, Richa. Clinico-epidemiological profile of women with high-risk pregnancy utilizing antenatal services in a rural primary health center in India. **Journal of Rural Medicine**, v. 18, n. 1, p. 15-20, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2185/jrm.2022-018>. Acesso em: 25 abr. 2023.

KALINDERI, Kallirhoe *et al.* Urinary tract infection during pregnancy: current concepts on a common multifaceted problem. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 38, n. 4, p. 448-453, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2017.1370579>. Acesso em: 28 maio 2021.

KARATAŞLI, Volkan *et al.* Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. **Journal of gynecology obstetrics and human reproduction**, v. 48, n. 5, p. 347-350, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.02.011>. Acesso em: 17 maio 2021.

KIELY, M. E; WAGNER, C. L.; ROTH, D. E. Vitamin D in pregnancy: Where we are and where we should go. **The Journal of steroid biochemistry and molecular biology**, v. 201, p. 105669, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2020.105669>. Acesso em: 25 maio 2021.

KINSHELLA, Mai-Lei Woo *et al.* Maternal Dietary Patterns and Pregnancy Hypertension in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. **Advances in Nutrition**, v. 21, p. nmab057, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/advances/nmab057>. Acesso em: 20 maio 2021.

KURUCOVÁ, Radka *et al.* Clinical validation of nursing diagnosis of acute pain. **Central European Journal of Nursing and Midwifery**, v. 9, n. 1, p. 781-790, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0005>. Acesso em: 25 jun. 2020.

LEAL, Ruanna Cardoso *et al.* Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v.11, n. 4, p. 641-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15260p1641-1649-2017>. Acesso em: 20 jan. 2020.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em: 26 abr. 2023.

LEANDRO, Tânia Alteniza *et al.* Desenvolvimento das teorias de médio alcance na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 777-780, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>. Acesso em: 20 out. 2020.

LEE, Sun Y.; PEARCE, Elizabeth N. Testing, Monitoring, and Treatment of Thyroid Dysfunction in Pregnancy. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 106, n. 3, p. 883-892, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgaa945>. Acesso em: 29 maio 2021.

LEONARD, Stephanie A. *et al.* Weight gain during pregnancy and the risk of severe maternal morbidity by prepregnancy BMI. **The American journal of clinical nutrition**, v. 111, n. 4, p. 845-853, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa033>. Acesso em: 18 maio 2021.

LI, Huijuan *et al.* Prevalence of vitamin D deficiency in the pregnant women: an observational study in Shanghai, China. **Archives of Public Health**, v. 78, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00414-1>. Acesso em: 28 maio 2021.

LIMA, Gécica Kyvia Soares *et al.* Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da teoria de Orem. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 4217-4225, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i10a231185p4217-4225-2017>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LIMA, Margarete Maria de *et al.* Grupo de gestantes e casais grávidos: educação em saúde em tempos de pandemia. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 18, n. 39, p. 197-208, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/76818/47169>. Acesso em: 03 jun. 2023.

LINHARES, Giovana Macêdo; MACHADO, Antonio Vieira; MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar. Hydrotherapy Reduces Arterial Stiffness in Pregnant Women With Chronic Hypertension. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 114, n. 4, p. 647-654, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20190055>. Acesso em: 20 maio 2021.

LIU, Jue *et al.* Maternal pre-pregnancy infection with hepatitis B virus and the risk of preterm birth: a population-based cohort study. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 6, p. e624-e632, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30142-0). Acesso em: 26 maio 2021.

LONGMORE, Danielle K. *et al.* Social and economic factors, maternal behaviours in pregnancy and neonatal adiposity in the PANDORA cohort. **Diabetes research and clinical practice**, v. 161, p. 108028, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108028>. Acesso em: 19 maio 2021.

LONGO, Lawrence D. **Maternal Physiology of Pregnancy**. In: The Rise of Fetal and Neonatal Physiology. New York: Springer, 2018. p. 217-280. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-7483-2_10. Acesso em: 10 abr. 2021.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. **Desenhos de pesquisa em epidemiologia**. In: ROUQUAYROL, Maia Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins. **Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem (Ciclo 4)**. In: Herdman, Tracy Heather (Org.). PRONANDA. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016. p. 9-51.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins; ARAUJO, Thelma Leite. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>. Acesso: 10 jan. 2020.

LOPES; Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins; HERDMAN, Tracy Heather. Causation and Validation of Nursing Diagnoses: A Middle Range Theory. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 28, n. 1, p. 53-59, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12104>. Acesso em: 10 out. 2020.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins; ARAUJO, Telma Leite. **Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos**. In: HERDMAN, T. Heather (Org.). PRONANDA. Porto Alegre: Artmed Panamericana. 2019; p. 87-132.

LOURENÇO, Tânia Marlene Gonçalves. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem: sobrecarga do cuidador (Caregiver Role Strain) em cuidadores familiares de doentes paliativos**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Portugal, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/29057/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ta%cc%82nia%20Marlene%20Gonc%cc%a7alves%20Lourenc%cc%a7o.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

LUCENA, Maria Jéssica. **O cuidado da enfermagem e o luto das mulheres em situação de aborto espontâneo**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2016. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/3274/1/O%20CUIDADO%20DA%20ENFERMAGEM%20E%20O%20LUTO%20DAS%20MULHERES%20EM%20SITUA%20C3%87%20C3%83O%20DE%20ABORTO%20ESPONTANEO.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

MACEDO, Tereza CC *et al.* Prevalence of preeclâmpsia and eclâmpsia in adolescent pregnancy: A systematic review and meta-analysis of 291,247 adolescents worldwide since 1969. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 248, p. 177-186, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.03.043>. Acesso em: 06 jun. 2021.

MADUCOLIL, Mariam K *et al.* Pre-eclâmpsia: incidence, determinants, and pregnancy outcomes from maternity hospitals in Qatar: a population-based case-control study. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1937983>. Acesso em: 27 jan. 2022.

MAFFEI, Bruna. **Dinâmica relacional das redes sociais significativas de gestantes de alto risco**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/211594/PPSI0845-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MAFFEI, Bruna; MENEZES, Marina; CREPALDI, Maria Aparecida. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 1, p. 216-237, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012. Acesso em: 20 jan. 2022.

MAGALHÃES, Sabrina Quézia Costa *et al.* Contribuições do pré-natal para o autocuidado de mulheres assistidas por equipes de saúde da família. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i2.39994>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MAGGEN, Charlotte *et al.* Pregnancy and cancer: The INCIP project. **Current oncology reports**, v. 22, n. 2, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11912-020-0862-7>. Acesso em: 26 maio 2021.

MAHMUD, Mayla Rizzi Shehadeh *et al.* Fatores gestacionais relacionados aos óbitos fetais em um hospital do sul de Santa Catarina: um estudo de caso controle. **Relatos de casos**, v. 65,

n. 2, p. 179-187, 2021. Disponível em:

<https://www.amrigs.org.br/assets/images/upload/pdf/jornal/1636404814.pdf#page=5>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MAJELLA, Marie Gilbert *et al.* A longitudinal study on high risk pregnancy and its outcome among antenatal women attending rural primary health centre in Puducherry, South India. **Journal of education and health promotion**, v. 8, p. 1-6, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_144_18. Acesso em: 26 abr. 2023.

MARDIYANTI, Ika *et al.* Analysis of factors affecting families ability in early detection of high risk pregnancies. **Systematic Reviews in Pharmacy**, v. 11, n. 6, p. 1060-1068, 2020. Disponível em: <http://www.sysrevpharm.org//index.php?mno=98732>. Acesso em: 31 mar. 2021.

MARQUES, Samara Silva *et al.* Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67593>. Acesso em: 27 jan. 2022.

MARQUES, Lays Janaina Prazeres *et al.* Contribuições da investigação dos óbitos fetais para melhoria da definição da causa básica do óbito no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00079120, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00079120>. Acesso em: 27 jan. 2022.

MARQUES, Fátima Mendes *et al.* Julgamento clínico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: Um olhar em tempo de pandemia. **New Trends in Qualitative Research**, v. 13, p. e691-e691, 2022. Disponível em: 28 mai. 2023. Acesso em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/691>. Acesso em: 28 mai. 2023.

MATTHIES, Lina Maria *et al.* Maternal–fetal attachment protects against postpartum anxiety: the mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 301, n. 1, p. 107-117, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05402-7>. Acesso em: 31 mar. 2021.

MAZZETTO, Fernanda Moerbeck Cardoso *et al.* Sala de espera: educação em saúde em um ambulatório de gestação de alto risco. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 93-104, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n1p93-104>. Acesso em: 15 maio 2021.

MENESES, Abel Silva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Validação de conteúdo em conceitos de gestão e gerenciamento na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, p. e20210600, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0600>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MCCOYD, Judith; MUNCH, Shari; CURRAN, Laura. On being mother and patient: dialectical struggles during medically high-risk pregnancy. **Infant mental health journal**, v. 39, n. 6, p. 674-686, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/imhj.21744>. Acesso em: 25 fev. 2020.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEDEIROS, Fabiana Fontana *et al.* Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 204-211, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MELEIS, AI. **Theoretical nursing: development and progress**. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.

MELO, Nádia Proença. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de atraso no desenvolvimento infantil proposto para a taxonomia NANDA-I**. 2018. 129f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em:

https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08052019-133049/publico/NADIA_MELO.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

MENDES, Ryanne Carolynne Marques Gomes *et al.* **Requisitos de autocuidado na relação simbiótica mãe-feto em gestantes de alto risco**. In: (Org.). Morais, Sheila Coelho; Souza, Kleyde Ventura; Duarte, Elysangela Dittz. PROENF- SMN. Porto Alegre: Secad Artmed, 2022. p.143-158.

MENDES, Ryanne Carolynne Marques Gomes *et al.* Sistema de Enfermagem apoio-educação na promoção do autocuidado a gestante de alto risco: Revisão Integrativa. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 27, p. e-1500, 2023. Disponível em:

<https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.38505>. Acesso em: 25 abr. 2023.

MÉNDEZ, Eduardo Brod *et al.* **Uma versão brasileira do AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test**. 1999. 128 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999. Disponível em:

http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/teses_e_dissertacoes/detalhes.php?tese=265. Acesso em: 11 fev. 2021.

MERTZ, Dominik *et al.* Pregnancy as a risk factor for severe influenza infection: an individual participant data meta-analysis. **BMC infectious diseases**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4318-3>. Acesso em: 20 maio 2021.

MIRANDA, Marlene da Silva *et al.* Aplicação do processo de enfermagem na consulta de pré-natal de uma adolescente grávida: relato de experiência. **Latin American Journal of Development**, v. 5, n. 1, p. 237-248, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.46814/lajdv5n1-015>. Acesso em: 25 abr. 2023.

MIRZAKHANI, Kobra *et al.* Pregnant women's experiences of the conditions affecting marital well-being in high-risk pregnancy: A qualitative study. **International Journal of Community Based Nursing and Midwifery**, v. 8, n. 4, p. 345, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2020.85666.1285>. Acesso em: 18 maio 2021.

MIRZAKHANI, Kobra *et al.* Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03190-6>. Acesso em: 25 abr. 2023.

MRAVČÍK Viktor *et al.* Socioeconomic characteristics of women with substance use disorder during pregnancy and neonatal outcomes in their newborns: A national registry study from the Czech Republic. **Drug and alcohol dependence**, v. 209, p. 107933, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107933>. Acesso em: 18 maio 2021.

MBURU, Gitau *et al.* Determinants of women's drug use during pregnancy: perspectives from a qualitative study. **Maternal and Child Health Journal**, v. 24, n. 9, p. 1170-1178, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02910-w>. Acesso em: 18 maio 2021.

MUSA, Abdulbasit; CHOJENTA, Catherine; LOXTON, Deborah. High rate of partner violence during pregnancy in eastern Ethiopia: Findings from a facility-based study. **PloS one**, v. 15, n. 6, p. e0233907, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233907>. Acesso em: 22 maio 2021.

NAS, Farouk S. *et al.* Prevalence of Trichomonas vaginalis among pregnant women attending ante-natal care in Kano, Nigeria. **European Journal of Medical and Health Sciences**, v. 2, n. 2, p. 39-45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34104/ejmhs.020.39045>. Acesso em: 23 maio 2021.

NASCIMENTO, Thaise Fernanda Holanda *et al.* Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v.4, n.1, p. 6887-6892, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.6887>. Acesso em: 15 mar. 2020.

NAVARRO, Ryan *et al.* Endometriosis in pregnancy. **Abdominal Radiology**, v. 45, n. 6, p. 1741-1753, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00261-020-02486-7>. Acesso em: 20 maio 2021.

NIELSEN, Timothy C. *et al.* Prevalence of autoimmune disease among pregnant women and women of reproductive age in New South Wales, Australia: a population-based study. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1817893>. Acesso em: 25 maio 2021.

NÓBREGA, Valeska Cahú Fonseca da *et al.* As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 429-440, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DG9yT5KhWRNC3SY4ty7XMkC/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

NUNES, Rodrigo Dias *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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00155018>. Acesso em: 25 abr. 2020.

NUNES, Janaina Gomes Perbone *et al.* Julgamento clínico e raciocínio diagnóstico de estudantes de enfermagem em simulação clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GX8QPcPmDxK3GCzwppH833d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

NURHASANAH, Rika *et al.* A Structure Equation Model Examining Self-care Behavior toward Pregnancy-related Complication and Their Associated Factors among Women in Indonesia. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 8, n. B, p. 1047-1052, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.5109>. Acesso em: 10 maio 2021.

OLIVEIRA, Célida Juliana *et al.* Validação clínica do diagnóstico " falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 611-619, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130003>. Acesso em: 20 mai. 2020.

OLIVEIRA, Dandara Maria *et al.* Caracterização das gestantes de alto risco atendidas em um centro de atendimento à mulher e o papel do enfermeiro nesse período. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, n. 56, p. 54-62, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol16n56.5120>. Acesso em: 24 maer. 2020.

OLIVEIRA, Geisa Gabriella Rodrigues de *et al.* **Fatores preditores de parto prematuro em maternidades de alto risco**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Pesquisa em Saúde) – Programa de Pós-Graduação Pesquisa em Saúde, Centro Universitário, Maceió, 2019. Disponível em: <https://ri.cesmac.edu.br/bitstream/tede/821/1/Fatores%20preditores%20de%20parto%20prematuro%20em%20maternidades%20de%20alto%20risco.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing: concepts of practice**. 1ª ed. Saint Louis: Mosby Year Book Inc, 1971.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing: concepts of practice**. 6ª ed. Saint Louis: Mosby Year Book Inc, 2001.

PARKER, Charlie; SCOTT, Sam; GEDDES, Alistair. **Snowball sampling**. New York: SAGE research methods foundations; 2019. Disponível em: <https://eprints.glos.ac.uk/6781/>. Acesso em: 03 jun. 2023.

PARKER, Marilyn; SMITH, Marlaine. **Nursing theories and nursing practice**. FA Davis, 2019.

PARISH, Elisabeth. A Metaphysical Account of the Placenta as a Shared Organ. **The National Catholic Bioethics Quarterly**, v. 21, n. 4, p. 587-604, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5840/ncbq202121454>. Acesso em: 25 abr. 2023.

PEREIRA, Gabryella Viegas. **Perfil epidemiológico de gestantes atendidas no pré-natal especializado**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem), Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/handle/123456789/2520>. Acesso em: 25 fev. 2020.

PEREIRA, Juliana de Castro Nunes *et al.* Fatores associados a assistência pré-natal adequada em Pernambuco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. e12723-e12723, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12723.2023>. Acesso em: 25 abr. 2023.

PETERSON, Sandra; BREDOW, Timothy S. **Middle range theories: Application to nursing research and practice**. 3 ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2019.

PHOOSUWAN, Nitikorn *et al.* Life situation and support during pregnancy among Thai expectant mothers with depressive symptoms and their partners: a qualitative study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02914-y>. Acesso em: 31 mar. 2021.

PISONI, Camilla *et al.* Effect of maternal psychopathology on neurodevelopmental outcome and quality of the dyadic relationship in preterm infants: an explorative study. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 33, n. 1, p. 103-112, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1487935>. Acesso em: 31 mar. 2021.

PITILIN, Érica de Brito *et al.* Fatores perinatais associados à prematuridade em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0031>. Acesso em: 27 jan. 2022.

PORPORA, Maria Grazia *et al.* Endometriosis and pregnancy: a single institution experience. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 2, p. 401, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17020401>. Acesso em: 23 maio 2021.

PORTO, Mariana Alves; PINTO, Maria Jaqueline Coelho. Gestantes de alto risco em alta hospitalar qualificada: personalidade, estilo de vida e vivências. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 2, p. 25-47, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300003. Acesso em: 20 jan. 2022.

PRIMO, Cândida Caniçali; BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes. Teoria Interativa de Amamentação: elaboração e aplicação de uma teoria de médio alcance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1257-1264, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0523>. Acesso em: 20 out. 2020.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/sustainable-development-goals.html?utm_source=EN&utm_medium=GSR&utm_content=US_UNDP_PaidSearch_Brand_English&utm_campaign=CENTRAL&c_src=CENTRAL&c_src2=GSR&gclid=Cj0KCQjw-JyUBhCuARIsANUqQ_JqJSimzLvUdtArIVKSDJxRrvEexw1oV45Gt_iBvILQVVYycxLOu8aAtjjEALw_wcB. Acesso em: 20 maio. 2022.

QATO, Danya Mazen *et al.* Co-use of alcohol, tobacco, and licit and illicit controlled substances among pregnant and non-pregnant women in the United States: Findings from 2006 to 2014 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) data. **Drug and alcohol dependence**, v. 206, p. 107729, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107729>. Acesso em: 22 maio 2021.

QIU, Jingbo *et al.* Comparison of Effectiveness of Routine Antenatal Care with a Midwife-Managed Clinic Service in Prevention of Gestational Diabetes Mellitus in Early Pregnancy at a Hospital in China. **Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research**, v. 26, p. e925991-1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12659/MSM.925991>. Acesso em: 10 maio 2021.

RAICHAND, Smriti *et al.* Utilisation of teratogenic medicines before and during pregnancy in Australian women. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 60, n. 2, p. 218-224, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajo.13044>. Acesso em: 28 maio 2021

RAJBANSHI, Sushma; NORHAYATI, Mohd Noor; HAZLINA, Nik Hussain. High-risk pregnancies and their association with severe maternal morbidity in Nepal: A prospective cohort study. **Plos one**, v. 15, n. 12, p. e0244072, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244072>. Acesso em: 11 maio 2021.

RAPINYANA, O; SEWANE, EBP; MAUNDENI, T. Challenges of Poverty on Sexual Reproductive Health. **International Journal of Current Science Research and Review**, v. 3, n. 12, p. 217-223. Disponível em: <https://doi.org/10.47191/ijcsrr/V3-i12-04>. Acesso em: 23 maio 2021.

REZAEAN, Seyedeh-Mahboobeh *et al.* The effect of prenatal self-care based on orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 25, n. 3, p. 242, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_207_19. Acesso em: 01 nov. 2020.

RIBEIRO, Camila Lima; ALBUQUERQUE, Francisca de Oliveira; SOUZA, Adriano Rodrigues. Internações por aborto espontâneo: um retrato de sua ocorrência em Fortaleza. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 37-41, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.584>. Acesso em: 20 mai. 2020.

ROCHA, Ana Paula Campos *et al.* Avaliação por imagem de condições não obstétricas na gestação: o que todo radiologista deve saber. **Radiologia Brasileira**, v. 53, p. 185-194, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2019.0059>. Acesso em: 26 abr. 2023.

ROLIM, Darlise Emanuele. **Alterações anatomopatológicas da placenta e relação com defechos gestacionais**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina), Curso de Medicina – Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, 2021. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4450/1/DARLISE%20EMANUELE%20ROLIM.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

RÖNÖ, Kristiina *et al.* The impact of educational attainment on the occurrence of gestational diabetes mellitus in two successive pregnancies of Finnish primiparous women: a population-based cohort study. **Acta diabetologica**, v. 57, n. 9, p. 1035-1042, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00592-020-01517-5>. Acesso em: 12 maio 2021.

ROY, Callista. **Generating middle range theory: From evidence to practice**. New York: Springer Publishing Company, 2014.

SALGE, Ana Karina Marques *et al.* Relação entre os aspectos clínicos, placentários, obstétricos e neonatais e o crescimento intrauterino na gestação de alto risco. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005520015>. Acesso em: 12 abr. 2021.

SALVETTI, Marina de Góes *et al.* Características de gestantes de risco e relação com tipo de parto e complicações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0319>. Acesso em: 02 jul. 2021.

SAMPAIO, Aline Fernanda da Silva; ROCHA, Maria José Francalino; LEAL, Elaine Azevedo Soares. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 559-566, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300007>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SAMUEL, Semalign *et al.* Socio-economic and dietary diversity characteristics are associated with anemia among pregnant women attending antenatal care services in public health centers of Kembata Tembaro Zone, Southern Ethiopia. **Food science & nutrition**, v. 8, n. 4, p. 1978-1986, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/fsn3.1485>. Acesso em: 20 maio 2021.

SANTOS, Anne Karolline Silva; SOARES, Milena Zaiana Pereira. Perfil de encaminhamentos ao pré-natal de alto risco do município de Aracaju/SE. **Scire Salutis**, v. 8, n. 1, p. 44-52, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2018.001.0006>. Acesso em: 14 fev. 2020

SARAVANAN, Ponnusamy *et al.* Gestational diabetes: opportunities for improving maternal and child health. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 8, n. 9, p. 793-800, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30161-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30161-3). Acesso em: 19 maio 2021.

SCHWARTZ, Anat *et al.* Perinatal outcomes of pregnancy in the fifth decade and beyond—a comparison of very advanced maternal age groups. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58583-6>. Acesso em: 11 maio 2021.

SCIBERRAS, Emma *et al.* Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. **Current psychiatry reports**, v. 19, n. 1, p. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2>. Acesso em: 26 fev. 2020.

SHUB, Alexis; LAPPAS, Martha. Pregestacional diabetes in pregnancy: Complications, management, surveillance, and mechanisms of disease—A review. **Prenatal diagnosis**, v. 40, n. 9, p. 1092-1098, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pd.5718>. Acesso em: 20 maio 2021.

SHROUKH, Wejdan A.; STEINKE, Douglas T.; WILLIS, Sarah C. Risk management of teratogenic medicines: A systematic review. **Birth Defects Research**, v. 112, n. 20, p. 1755-1786, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1799>. Acesso em: 19 maio 2021.

SIGURÐARDÓTTIR, Valgerður Lísa *et al.* Reviewing birth experience following a high-risk pregnancy: A feasibility study. **Midwifery**, v. 116, p. 103508, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103508>. Acesso em: 25 abr. 2023.

SILVA, Bruna Brandão *et al.* Trabalho de parto prematuro e morbidades durante a gestação: associação de fatores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2881>. Acesso em: 21 jan. 2022.

SILVA, Ludmila Christiane Rosa. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem "Resposta disfuncional ao desmame ventilatório" em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AN4GMU/1/ludmila_christiane_rosa__disserta__o_de_mestrado_2.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

SILVA, Annela Isabell Santos *et al.* A prevenção da obesidade na gestação através de ações educativas em saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 2, p. 144-152, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v6i2.1932>. Acesso em: 14 mar. 2020.

SILVA, Mayra Moraes Barros *et al.* Fatores associados ao óbito fetal em um hospital de referência em gestação de alto risco. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 14, n. 36, p. 68-80, 2017. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/867>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SILVA, Cláudia Gabrielle *et al.* Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca: uma teoria de enfermagem de médio alcance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LthQghdJxCKC9QgvBPJ9mnM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2023.

SILVA, Myria Ribeiro *et al.* Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no parto cesáreo. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3221-3230, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237549p3221-3230-2018>. Acesso em: 03 abr. 2021.

SILVA, Vitória Marion Costa *et al.* Fatores associados ao óbito fetal na gestação de alto risco: Assistência de enfermagem no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, n. 37, p. e1884, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1884.2019>. Acesso em: 11 fev. 2020.

SILVA, Andréia Alves; SOUSA, Karinna Alves Amorim; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade prisional fundamentada na Teoria de Orem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 4, p. 725-735, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769222076>. Acesso em: 22 out. 2020.

SILVA, Laurem Oliveira *et al.* **Pré-eclâmpsia e desfechos gestacionais: uma revisão sistemática sobre a eficácia do uso de baixa dose de aspirina**. Lubianca, Jaqueline Neves; Capp, Edison (org.). Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2023/2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2021. p. 27-38, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223074/001127629.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 jan. 2022.

SILVA, Eliane Rodrigues *et al.* Ações do enfermeiro na prevenção da gravidez na adolescência na Atenção Básica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p.

e6911225479-e6911225479, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25479>. Acesso em: 07 fev. 2022.

SILVA, Amanda Mayara de Sousa *et al.* Educando para o nascer: um projeto de educação em saúde com gestantes. **Caderno Impacto em Extensão**, v. 3, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revistas.editora.ufcg.edu.br/index.php/cite/article/view/588/542>. Acesso em: 03 jun. 2023.

SILVA, Josy Maria de Pinho da *et al.* Fatores associados a desfechos graves maternos, fetais e neonatais em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, p. e20220135, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000135>. Acesso em: 25 abr. 2023.

SILVA FILHO, José da RM *et al.* O panorama do diabetes gestacional em uma maternidade dereferência: Informação e prevenção. **Health and Diversity**, v. 6, p. 1-6, 2022. Disponível em: file:///C:/Users/ryann/Downloads/1.+HD_v6n1_Silva_Filho_2022.pdf. Acesso em: 03 jun. 2023.

SITORIS, Georgiana *et al.* The impact of thyroid disorders on clinical pregnancy outcomes in a real-world study setting. **Thyroid**, v. 30, n. 1, p. 106-115, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/thy.2019.0199>. Acesso em: 30 maio 2021.

SOARES, Leticia Gramazio; HIGARASHI, Ieda Harumi. Case management as a high-risk prenatal care strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 692-699, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0483>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SOLTANI, Maryam *et al.* Assessing the risk factors before pregnancy of preterm births in Iran: a population-based case-control study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2183-0>. Acesso em: 21 jan. 2022.

SONCINI, Natália *et al.* Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 122-136, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200110>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SOUZA, Nayana Maria Gomes. **Padrão respiratório ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas: construção e validação por juízes de uma teoria de médio alcance**. 2017. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/26225/1/Constru%C3%A7%C3%A3ovalida%http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/29514/1/2017_dis_nmgsouza.pdf. Acesso em: 23 dez. 2021.

SUANDI, Dedih; WILLIAMS, Pauline; BHATTACHARYA, Sohinee. Does involving male partners in antenatal care improve healthcare utilisation? Systematic review and meta-analysis of the published literature from low-and middle-income countries. **International health**, v. 12, n. 5, p. 484-498, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz073>. Acesso em: 28 maio 2021.

- SUN, Yin *et al.* Effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on maternal and infant complications. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03071-y>. Acesso em: 18 maio 2021.
- SUN, Shiwen *et al.* Family support for pregnant women with foetal abnormality requiring pregnancy termination in China. **Health & social care in the community**, v. 28, n. 3, p. 1020-1029, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12935>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- SURESHBABU, Raveena Pallithazath *et al.* Risk Factors Associated with Preterm Delivery in Singleton Pregnancy in a Tertiary Care Hospital in South India: A Case Control Study. **International Journal of Women's Health**, v. 13, p. 369, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S282251>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- STYLIANOU-RIGA, Paraskevi *et al.* Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. **Reproductive health**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0603-7>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- SZYHTA, Carla Caroline *et al.* Risk factors for perinatal death in high-risk pregnant women at a tertiary hospital in Curitiba-PR, Brazil: a case-control study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1043-1058, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.16042022EN>. Acesso em: 25 abr. 2023.
- TAVARES, Daniel Soares *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, n. 31, p. e1255-e1255, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1255.2019>. Acesso em: 11 mar. 2020.
- TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva *et al.* Atitudes de Profissionais sobre o Uso de Drogas por Gestantes. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 25, n. 2, p. ePTPCP14316, 2023. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/14316/11778>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- TEKLAY, Girmay *et al.* Risk factors of preterm birth among mothers who gave birth in public hospitals of central zone, Tigray, Ethiopia: unmatched case-control study 2017/2018. **BMC Research Notes**, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3693-y>. Acesso em: 27 jan. 2022.
- TELES, Priscila Alvarenga *et al.* Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em gestantes de alto risco. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, p. 119-125, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1937>. Acesso em: 25 mar. 2020.
- TIWARI, Diptika *et al.* Maternal Vitamin D receptor gene variant genotype and its influence on preterm birth, low birth weight, and fetal death. A case-control study from Northeast India. **Gene Reports**, v. 26, p. 101517, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genrep.2022.101517>. Acesso em: 27 jan. 2022.
- TOQUINTO, Signy M. *et al.* Pregnant Women's Acceptability of Alcohol, Tobacco, and Drug Use Screening and Willingness to Disclose Use in Prenatal Care. **Women's Health**

Issues, v. 30, n. 5, p. 345-352, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.05.004>. Acesso em: 20 maio 2021.

TSAO, Nicole W. *et al.* Maternal and neonatal outcomes associated with biologic exposure before and during pregnancy in women with inflammatory systemic diseases: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Rheumatology**, v. 59, n. 8, p. 1808-1817, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa064>. Acesso em: 29 maio 2021.

TSUJIMOTO, Yasushi *et al.* Association of low birthweight and premature birth with hypertensive disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Journal of hypertension**, v. 40, n. 2, p. 205-212, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003020>. Acesso em: 02 mar. 2022.

TURBEVILLE, Hannah R.; SASSER, Jennifer M. Preeclâmpsia beyond pregnancy: Long-term consequences for mother and child. **American Journal of Physiology-Renal Physiology**, v. 318, n. 6, p. F1315-F1326, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1152/ajprenal.00071.2020>. Acesso em: 22 maio 2021.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). **Antenatal Care**. New York: United Nations International Children's Emergency Fund, 2021. Disponível em:
<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>. Acesso em: 19 maio 2021.

VANIN, Luísa Krusser *et al.* Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136>. Acesso em: 21 jan. 2022.

VARGHESE, Diby Sam Sarin *et al.* Evaluation of the association between dyslipidemia and hypertensive disorder of pregnancy: a nested case control study. **International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology**, v. 9, n. 5, p. 2074. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20201807>. Acesso em: 10 maio 2021.

VEIGA, Andressa Caetano *et al.* Qualificação interprofissional da atenção pré-natal no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 993-1002, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gbmfpnwBNVQfp9FRqmBfg8P/>. Acesso em: 29 mai. 2023.

VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima *et al.* Vulnerability of high-risk pregnancy in the perception of pregnant women and their families. **Revista Rene**, v.1, n. 20, p. e 40 207, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040207>. Acesso em: 03 abr. 2021.

VOAKLANDER, Britt *et al.* Prevalence of diabetes in pregnancy among Indigenous women in Australia, Canada, New Zealand, and the USA: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 5, p. e681-e698, 2020. Disponível em:
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30046-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30046-2). Acesso em: 11 maio 2021.

ZUCHATTI, Bruna Valentina *et al.* Validação clínica do diagnóstico de enfermagem fadiga (00093) em mulheres no pós-parto hospitalar imediato. **Revista da Escola de Enfermagem**

da USP, v. 56, p. e-202110530, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0530pt>. Acesso em: 26 abr. 2023.

WALKER, Lorraine Olszewski; AVANT, Kay Coalson. **Strategies for theory construction in Nursing**. 5ª ed. Harlow: Pearson Education, 2011.

WANG, Fen *et al.* Effect of pre-pregnancy weight and gestational weight gain on neonatal birth weight: a prospective cohort study in Chongqing City. **Journal of Hygiene Research**, v. 49, n. 5, p. 705-710, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.19813/j.cnki.weishengyanjiu.2020.05.002>. Acesso em: 20 maio 2021.

WANG, Lijuan *et al.* Evaluation of risk and prognosis factors of acute kidney injury in patients with HELLP syndrome during pregnancy. **Frontiers in Physiology**, v. 12, p. 302, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.650826>. Acesso em: 12 maio 2021.

WEBER, Caroline Francieli *et al.* Grau de dependência nicotínica por meio do teste de fagerström para dependência de nicotina. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, n. 3, p. 208-215, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720170002000043223>. Acesso em: 11 fev. 2021.

WHALL, A. L. **The structure of nursing knowledge: Analysis and evaluation of practice, middle range and grand theory**. In: FITZPATRICK, J. J.; WHALL, A. L. (Eds.). *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 2005. p.97-109.

WORKINEH, Yinager *et al.* Determinants of premature rupture of membrane in Southern Ethiopia, 2017: case control study design. **BMC research notes**, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-4035-9>. Acesso em: 21 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-1990-2015#:~:text=The%20total%20number%20of%20maternal,down%20from%20385%20in%201990>. Acesso em: 31 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preterm birth**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 10 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: summary: highlights and key messages from the World Health Organization's 2016 global recommendations for routine antenatal care**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02->

eng.pdf;jsessionid=8113365FD531F62F7E18F3585CC01880?sequence=1. Acesso em: 19 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/trends-maternal-mortality-2000-2017/>. Acesso em: 31 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent pregnancy**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 18 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing unsafe abortion**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329887/WHO-RHR-19.21-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendation on calcium supplementation before pregnancy for the prevention of pre-eclâmpsia and its complications**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331787/9789240003118-eng.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Why we need to talk about losing a baby**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby#:~:text=Pregnancy%20loss%20is%20defined%20differently,after%2028%20weeks%20are%20stillbirths>. Acesso em: 10 abr. 2021.

WU, Yanpeng *et al.* Educational inequalities in adverse pregnancy outcomes in rural China, 2010-2018. 2020. **Research square**, v. 1, n. 1, p. 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-33580/v1>. Acesso em: 24 maio 2021.

WUDIE, F. T. *et al.* Determinants of preterm delivery in the central zone of Tigray, northern Ethiopia: a case-control study. **South African Journal of Child Health**, v. 13, n. 3, p. 108-114, 2019. Disponível em: <https://journals.co.za/doi/abs/10.7196/SAJCH.2019.v13i3.1479>. Acesso em: 02 mar. 2022.

XU, Huiling *et al.* Gestational weight gain and delivery outcomes: A population-based cohort study. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 35, n. 1, p. 47-56, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppe.12709>. Acesso em: 22 maio 2021.

ZACCARA, Ana Aline Lacet *et al.* Análise e avaliação da teoria final de vida pacífico segundo critérios de Fawcett. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002920017>. Acesso em: 19 jan. 2022.

ZHANG, Rui *et al.* Prevalence of chromosomal abnormalities identified by copy number variation sequencing in high-risk pregnancies, spontaneous abortions, and suspected genetic disorders. **Journal of International Medical Research**, v. 47, n. 3, p. 1169-1178, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/03000605188180>. Acesso em: 02 mar. 2022.

ZHOU, Chi *et al.* Role of oxygen in fetoplacental endothelial responses: hypoxia, physiological normoxia, or hyperoxia?. **American Journal of Physiology-Cell Physiology**, v. 318, n. 5, p. C943-C953, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1152/ajpcell.00528.2019>. Acesso em: 11 maio 2021.

YANG, H; WANG, C; POON, LC. Novel coronavirus infection and pregnancy. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 55, n. 4, p. 435-437, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/uog.22006>. Acesso em: 21 maio 2021.

YE, Shu-Cheng *et al.* Prehypertension prior to pregnancy is associated with hypertensive disorders of pregnancy and postpartum metabolic syndrome in Chinese women. **Hypertension in pregnancy**, v. 39, n. 2, p. 152-158, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10641955.2020.1748645>. Acesso em: 18 maio 2021.

YUE, Shufan *et al.* Dyslipidemia in Pregnancy and the Proper Reference Values: A Retrospective Study in South China. **Obstetrics and Gynecology Research**, v. 4, n. 1, p. 43-51, 2021. Disponível em: <https://www.fortunejournals.com/articles/dyslipidemia-in-pregnancy-and-the-proper-reference-values-a-retrospective-study-in-south-china.html>. Acesso em: 23 maio 2021.

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS JUÍZES



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

CARTA-CONVITE AOS JUÍZES

Recife-PE, ___ de ___ de ____

Prezado Enfermeiro (a),

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

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE, conforme CAAE nº 47322121.3.0000.5208 e Parecer nº 4.877.608.

É com grande satisfação que solicitamos, por meio desta, sua colaboração no estudo, a qual será avaliar a Teoria de Médio Alcance construída para o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

Caso aceite participar da pesquisa, solicitamos que leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme *link* da plataforma *Google Forms* no corpo deste e-mail e marque a opção “Aceito Participar da pesquisa” para obtenção do seu consentimento. Será enviado um e-mail individual com a cópia da resposta do formulário (consentimento) e sugerimos que o (a) Sr. (a) guarde em seu correio eletrônico.

Posteriormente, serão enviadas as informações da Teoria de Médio Alcance construída para leitura prévia e o instrumento de coleta de dados tanto por meio da plataforma *Google Forms* quanto em formato do programa *Word*, conforme sua preferência. Este instrumento contém as variáveis para caracterização do perfil dos avaliadores e os itens a serem avaliados. Ademais, será enviado as instruções para respondê-lo.

Se possível, gostaríamos que o (a) Sr. (a) indicasse pesquisadores enfermeiros que têm experiência na construção e/ou avaliação de Teoria de Médio Alcance. Aguardamos seu retorno e estamos à disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos.

Atenciosamente,

Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE**



**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 clínica 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 Mendes (Endereço: no endereço Rua Santa Águeda, nº 34, Prado, Pesqueira-PE, CEP 55200-000; Telefone: (87) 9 9205-8441/ (acrescentar o número 9090 para ligações a cobrar; e-mail: ryanne.carolynne@ufpe.br).

Esta pesquisa está sob a orientação da Professora Francisca Márcia Pereira Linhares; Telefone: (81) 2126-8566; e-mail: francisca.linhares@ufpe.br e sob coorientação da Professora Suzana de Oliveira Mangueira; Telefone: (81) 3114-4106; e-mail: suzana.mangueira@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O (a) senhor (a) 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:

O objetivo da pesquisa é validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Este estudo tem relevância clínica e científica, pois contribuirá tanto para o aperfeiçoamento da Taxonomia da NANDA-I quanto para o avanço do conhecimento em saúde e irá aumentar a validade do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado, a qual consiste no estabelecimento de evidências para utilizá-lo em uma população específica.

Destarte, o conhecimento científico sobre as complicações da gestação de alto risco e seu desfecho, assim como as inconsistências da Taxonomia da NANDA-I e a ausência de estudos a respeito da validação clínica do diagnóstico de enfermagem em estudo, estimularam o desenvolvimento desta pesquisa. Ademais, será construída uma Teoria de Médio Alcance para o diagnóstico em estudo, sendo necessário sua avaliação.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, posteriormente a seleção dos juízes, 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 os juízes que atenderem aos critérios de elegibilidade. Caso o juiz aceite o convite, deverá preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ler as instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados e respondê-lo. Além disso, será solicitada indicação de outros especialistas. O prazo máximo para devolução do instrumento respondido será de vinte dias.

Riscos: O preenchimento do instrumento pode exigir raciocínio, assim a pesquisa oferece risco de cansaço mental e visual. Para minimização dos riscos, será concedido o prazo de vinte dias para o juiz responder. Ademais, a pesquisadora garantirá o armazenamento dos dados coletados, bem como o sigilo e confidencialidade acerca das informações obtidas, o conhecimento acerca da privacidade da ferramenta utilizada, o armazenamento dos dados coletados, o sigilo das informações e a garantia de o participante não responder aos questionamentos, sem necessidades de explicações e justificativas, de modo que possa se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: Em relação ao benefício do estudo, será para tanto para os enfermeiros, quanto para as gestantes de alto risco, pois o desenvolvimento da Teoria de Médio Alcance e sua avaliação contribuem para a implementação do Processo de Enfermagem, o que contribuirá para a melhora da assistência à saúde às gestantes de alto risco e evitará a ocorrência do desfecho do Risco de binômio mãe-feto perturbado.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. 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 e TCLE), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da orientadora, no endereço do Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Departamento de Enfermagem - Av. Prof. Moraes Rego, 844-900 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-420, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

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 extrajudicial. 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, o (a) senhor (a) 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: cephumanos.ufpe@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 clínica 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) pelo(a) pesquisador (a) 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 (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

Aceito Participar da pesquisa

Não aceito participar da pesquisa

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – AVALIAÇÃO DA
TEORIA DE MÉDIO ALCANCE**



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

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS –
PERFIL DOS JUÍZES – PARTE 1**

Sexo: Feminino Masculino

Idade (anos): _____

Região: Norte Nordeste Centro-oeste Sul Sudeste

Titulação: Especialista Mestre Doutor

Área da especialização: _____

Área do Mestrado: _____

Área do Doutorado: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de formação profissional (anos): _____

Tempo de prática na área de gestação de alto risco (anos): _____

Tempo de experiência na construção de Teoria de Enfermagem (anos): _____

Tempo de pesquisa na área de gestação de alto risco (anos): _____

Tempo de pesquisa na área de construção de Teoria de Enfermagem (anos): _____

Tempo de ensino na área de gestação de alto risco (anos): _____

Tempo de ensino na área de Teoria de Enfermagem (anos): _____

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

Monografia de graduação Monografia de especialização Dissertação Tese Artigos científicos Outros _____ Não desenvolveu

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

Monografia de graduação Monografia de especialização Dissertação Tese Artigos científicos Outros _____ Não desenvolveu

Você já avaliou alguma Teoria de Enfermagem?

Sim Não

Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática de Teoria de Enfermagem?

Sim Não

Se sim: Por quanto tempo participou ou participa do grupo/projeto? (anos) _____

Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática de gestação de alto risco?

Sim Não

Se sim: Por quanto tempo participou ou participa do grupo/projeto? (anos) _____

Ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática Teorias de enfermagem?

Sim Não

Se sim: Por quanto tempo? (anos) _____

Ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática Gestação de alto risco?

Sim Não

Se sim: Por quanto tempo? (anos) _____

Já utilizou alguma Teoria de Médio Alcance na prática?

Sim Não

É autor de artigos científicos com a temática de teoria de enfermagem?

Sim Não

Se sim: Quantos artigos e Qual (is) o (s) qualis? _____

Participou como convidado (palestrante, conferencista, comentarista, professor em curso ou minicurso) em evento científico para ministrar tema ligado a teorias ou metateorias de enfermagem?

() Sim () Não

Se sim, quantas participações: _____

Caso não, participou como ouvinte? _____

AValiação DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

Itens	Avaliação	Justificativa, sugestões ou outras considerações
DESCRIÇÃO DA TEORIA		
A finalidade (preditiva) da teoria está descrita	<input type="checkbox"/> 1= Não concordo <input type="checkbox"/> 2 = Concordo pouco <input type="checkbox"/> 3 = Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> 4 = Concordo muito <input type="checkbox"/> 5= Concordo totalmente	
É uma Teoria de Médio Alcance	<input type="checkbox"/> 1= Não concordo <input type="checkbox"/> 2 = Concordo pouco <input type="checkbox"/> 3 = Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> 4 = Concordo muito <input type="checkbox"/> 5= Concordo totalmente	
A origem da teoria está descrita	<input type="checkbox"/> 1= Não concordo <input type="checkbox"/> 2 = Concordo pouco <input type="checkbox"/> 3 = Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> 4 = Concordo muito <input type="checkbox"/> 5= Concordo totalmente	
Os principais conceitos estão descritos	<input type="checkbox"/> 1= Não concordo <input type="checkbox"/> 2 = Concordo pouco <input type="checkbox"/> 3 = Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> 4 = Concordo muito	

	() 5= Concordo totalmente	
As principais proposições teóricas estão descritas	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
O contexto para o uso está descrito	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
ANÁLISE DA TEORIA		
Os conceitos estão definidos teórica e operacionalmente	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
Os vínculos estão explícitos	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
A teoria está organizada de forma lógica	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
Existe um modelo/diagrama	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	

O modelo/diagrama contribui para o esclarecimento da teoria	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
Os conceitos estão bem fundamentados	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
Os resultados ou as consequências estão previstos	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
AVALIAÇÃO DA TEORIA		
A teoria é congruente com os atuais padrões de enfermagem	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
É apoiada pela literatura	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
A teoria é socialmente relevante	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco () 3 = Concordo parcialmente () 4 = Concordo muito () 5= Concordo totalmente	
A teoria tem relevância transcultural	() 1= Não concordo () 2 = Concordo pouco	

	<input type="checkbox"/> 3 = Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> 4 = Concordo muito <input type="checkbox"/> 5 = Concordo totalmente	
A teoria contribui para a disciplina de enfermagem	<input type="checkbox"/> 1 = Não concordo <input type="checkbox"/> 2 = Concordo pouco <input type="checkbox"/> 3 = Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> 4 = Concordo muito <input type="checkbox"/> 5 = Concordo totalmente	
Quais são as implicações para a enfermagem relacionadas à implementação da teoria?		

APÊNDICE D – INSTRUÇÕES PARA RESPONDER O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



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

INSTRUÇÕES PARA RESPONDER O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Prezado(a) avaliador(a), a pesquisa intitulada “Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco” é da tese do doutorado 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 construção da Teoria de Médio Alcance do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. Nesta segunda etapa, será realizada a avaliação da teoria.

O instrumento de coleta de dados será composto por duas partes: a primeira contém questionamentos acerca da caracterização/perfil do juiz. A segunda contém os itens referentes à avaliação da Teoria de Médio Alcance.

Para cada item, você deverá marcar uma das opções abaixo, conforme escala:

- () 1= Não concordo
- () 2 = Concordo pouco
- () 3 = Concordo parcialmente
- () 4 = Concordo muito
- () 5= Concordo totalmente

OBS: Há um questionamento por último, o qual deve ser respondido de forma subjetiva.

Para avaliar os itens, utilize o material da teoria como subsídio. Você pode propor modificações, sugestões e/ou outras considerações que achar pertinente.

Doutoranda: Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes (ryanne.carolynne@ufpe.br).

Orientadora: Francisca Márcia Pereira Linhares (francisca.linhares@ufpe.br).

Coorientadora: Suzana de Oliveira Mangueira (suzana.mangueira@ufpe.br).

APÊNDICE E - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DESCRIÇÃO:

A pesquisa intitulada “**Validação clínica do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**”, tem como objetivo validar clinicamente o Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Será identificada a presença ou ausência de cada antecedente do DE (fatores de risco, populações em risco e condições associadas) nas participantes do estudo.

OBJETIVO:

Auxiliar na padronização da coleta de dados dos antecedentes do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

RECURSOS MATERIAIS:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para maiores de 18 anos e para os pais e/ou responsáveis pelos menores de 18 anos (duas vias);

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para menores de 18 anos (duas vias);

Almofada para impressão digital;

Instrumentos de coleta de dados;

Questionário AUDIT;

Questionário ASSIST;

Questionário Teste de Fagerström;

Caneta;

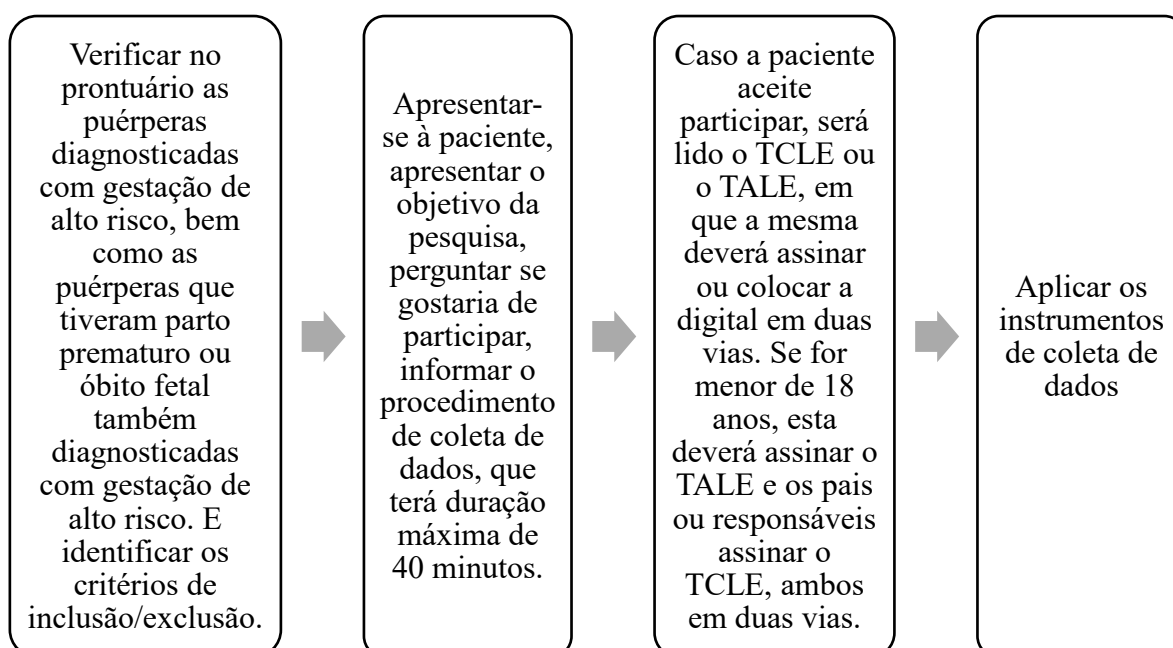
Prancheta.

NORMAS QUE DEVEM SER SEGUIDAS ANTES DA COLETA DE DADOS:

Algumas normas deverão ser respeitadas ao adentrar ao alojamento conjunto e centro obstétrico e antes da coleta de dados com as gestantes, a saber:

- Utilizar jaleco com identificação;
- Utilizar sapato fechado;
- O entrevistador, caso não tenha sido apresentado à equipe de enfermagem do alojamento conjunto e centro obstétrico dos hospitais, deve se apresentar com a carta de anuência e aprovação do CEP; e informar que irá realizar a coleta de dados;
- Realizar a lavagem das mãos anteriormente e posteriormente à coleta de dados;
- Utilizar máscara N95 e *face shield* durante todo o procedimento;
- Utilizar álcool gel 70% após a higienização das mãos (antes e depois da coleta de dados);
- Manter o distanciamento entre o entrevistador e a participante do estudo, de no mínimo um metro;
- Estar em posse dos dois instrumentos de coleta de dados, do TCLE e do TALE (duas vias);
- Deve seguir o seguinte fluxograma:

Figura 4 – Fluxograma da coleta de dados. Recife, PE, Brasil, 2023.



Fonte: A autora (2023).

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE COLETA DE DADOS:

Serão dois instrumentos de coleta de dados: o primeiro abordará sobre o perfil sociodemográfico e gineco-obstétrico das participantes e o segundo conterà as definições conceituais e operacionais dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado.

Para tanto, deve-se realizar a entrevista conforme as perguntas do instrumento de coleta de dados orientam. Algumas perguntas só poderão ser respondidas por meio do prontuário da paciente, durante o período de internamento. Caso tenha dúvida durante a realização da coleta de dados, tenha em mãos este POP para que os erros sejam minimizados.

Para o instrumento de coleta de dados – Parte 1, questione a paciente sobre as perguntas e anote as respostas da mesma. Se a opção de pergunta conter a opção OUTRAS, especifique-as.

Para o instrumento de coleta de dados – Parte 2, siga todas as recomendações das definições operacionais dos fatores de risco, populações em risco e condições associadas para a coleta de dados Parte 2. Marque SIM caso o fator de risco, população em risco e condição associada esteja presente na paciente e NÃO, casos esses elementos não estejam presentes na paciente.

REGRAS PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PARTE 1:

PARA OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- Anote o nome da gestante;
- A idade deverá ser dada em anos completos;
- Registre a raça/cor autodeclarada: Branca, Parda, Indígena, Negra ou Outra;
- Registre o estado civil: Solteira, Casada, União Estável, Divorciada ou Viúva;
- Registre a escolaridade: Analfabeta, Ensino fundamental incompleto, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo, Ensino superior incompleto, Ensino superior completo ou Pós-graduação;
- Registre a renda familiar. O salário mínimo será considerado o valor de R\$ 1.100,00: Menor que 1 salário mínimo, Entre 1 salário a 2 salários mínimos, Entre 2 a 3 salários mínimos ou Acima de 3 salários mínimos;
- Registre a religião: Católica, Evangélica, Espírita, Nenhuma ou Outra;

- Registre a profissão.

PARA OS DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS:

Observação: Alguns dados podem ser vistos na caderneta da gestante (número de gestações, partos e abortos, e o número de consultas pré-natais).

- Registre a menarca (informar a idade da primeira menstruação em anos);
- Registre o número de gestações, incluindo a gestação atual e os abortos/óbitos fetais;
- Registre o intervalo entre as gestações em anos, caso a mulher não seja primípara;
- Registre o número de partos que a mulher teve (a partir da 28ª semana gestacional);
- Registre o número de abortos que a mulher teve (perda gestacional que ocorreu antes da 28ª semana gestacional); registre o número de óbitos fetais que a mulher teve (perda gestacional que ocorreu a partir da 28ª semana gestacional);
- Registre o tipo de parto atual: Parto vaginal, Parto cesáreo ou Parto fórceps (considera parto vaginal quando o bebê nasce pela vagina, de forma não cirúrgica; parto cesáreo quando houve a cirurgia pélvica para retirada do bebê; e parto fórceps quando algum instrumento cirúrgico foi utilizado para facilitar a saída do bebê pelo canal vaginal);
- Registre se houve cirurgias prévias relacionadas ao útero (exemplo: retirada de cistos, tratamento da endometriose, retirada de mioma, tratamento de câncer retirada de pólipos);
- Registre o número de consultas pré-natal realizadas na última gestação;
- Registre se participou de grupos de gestantes;
- Registre o tipo de grupo de gestantes: Com a participação da família/parceiro ou Sem a participação da família/parceiro;
- Registre em que local participou do grupo de gestantes: Unidade Básica de Saúde, Ambulatório, Hospital ou Outros.

REGRAS PARA PREENCHIMENTO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PARTE 2:

Deverá seguir todas as recomendações das definições operacionais dos fatores de risco, populações em risco e condições associadas do Instrumento de coleta de dados – Parte 2. Assim, deverá marcar no instrumento SIM, caso a gestante possua o determinado elemento ou NÃO, caso ela não possua. Também deve-se observar as recomendações que serão apresentadas no quadro abaixo (Quadro 11).

Quadro 11 – Regras para preenchimento do instrumento de dados. Recife, PE, Brasil, 2023.

Antecedentes	Regras para preenchimento do instrumento de coleta de dados
Abuso de álcool	Aplicar o questionário <i>Alcohol Use Disorders Identification</i> (AUDIT) para investigar sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Marcar “sim” quando a pontuação mínima para determinar o abuso de álcool for de 7 pontos no AUDIT. Marcar “não” quando a pontuação for de 0 a 6 pontos no AUDIT.
Uso de drogas ilícitas	Aplicar o instrumento <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> (ASSIST) para investigar o uso de substâncias psicoativas no período gestacional. Marcar “sim” quando a pontuação mínima para determinar o uso de drogas ilícitas for de 3 pontos no ASSIST. Marcar “não” quando a pontuação for de 0 a 2 pontos no ASSIST.
Ganho de peso gestacional insatisfatório	Observar os dados da caderneta da gestante em relação ao IMC (Índice de Massa Corpórea) Marcar “sim” se o IMC for $\leq 19,9\text{kg/m}^2$. Marcar “não” se o IMC for $> 19,9\text{kg/m}^2$.
Cuidado pré-natal ausente/inadequado	Será visto na caderneta da gestante, o número de consultas de pré-natal que ela participou, se tomou as vacinas recomendadas e se fez os exames solicitados. Marcar “sim” caso o número mínimo de consultas pré-natal seja seis, se a participante tomou todas as vacinas recomendadas e se realizou todos os exames solicitados. Marcar “não” caso alguma das opções anteriores não tenha sido atendida.
Obesidade	Observar os dados da caderneta da gestante em relação ao IMC (Índice de Massa Corpórea). Marcar “sim” se o IMC for $> 30\text{kg/m}^2$. Marcar “não” se o IMC for $\leq 30\text{kg/m}^2$.

Sobrepeso	Observar os dados da caderneta da gestante em relação ao IMC (Índice de Massa Corpórea). Marcar “sim” se o IMC for de 25-29 Kg/m ² . Marcar “não” se o IMC não tiver essas variações.
Tabagismo	Perguntar a participante se ela fumou pelo menos um único cigarro durante o período gestacional e aplicar o Teste de Fagerström. Marcar “sim” se a participante relatar que ela fumou pelo menos um único cigarro durante e se a pontuação no Teste de Fagerström for de no mínimo 1 ponto. Marcar “não” se a participante não relatar que fumou pelo menos um único cigarro durante e se a pontuação no Teste de Fagerström for de 0 pontos.
Violência	<p>Questionar a participante se ela sofreu alguma violência física, psíquica, sexual, institucional, moral e patrimonial durante a gestação e se já compareceu a algum serviço jurídico, assistencial ou de saúde, com a finalidade de buscar apoio sobre algum tipo de violência.</p> <p>Considerar violência física quando ocorreu o impacto no corpo e na integridade física da gestante, tais como: lesões, ferimentos, fraturas, hematomas e mutilações.</p> <p>Considerar violência psíquica quando ocorreu agressões verbais, ameaças, humilhações, desvalorização, estigmatização, desqualificação, rejeição e isolamento.</p> <p>Considerar violência sexual quando ocorreu abuso ou exploração sexual.</p> <p>Considerar violência institucional quando esta ocorreu em hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios ou outros serviços.</p> <p>Considerar violência moral quando ocorreu calúnia, difamação ou injúria.</p> <p>Considerar violência patrimonial quando ocorreu o uso de dinheiro ou bens materiais da pessoa para ter controle sobre ela.</p> <p>Marcar “sim” se a participante relatar que sofreu algum tipo de violência ou se procurou algum serviço para buscar apoio sobre algum tipo de violência durante a gestação. Marcar “não” se não relatar nenhuma das opções mencionadas.</p>

Apoio do parceiro ausente/insuficiente	<p>Perguntar se a participante recebeu apoio do parceiro (emocional, instrumental e/ou financeiro) no período gestacional.</p> <p>Considerar apoio emocional quando o parceiro demonstrava carinho, empatia, valorização e encorajamento à gestante.</p> <p>Considerar apoio instrumental quando havia ajuda prática do parceiro (exemplo: atividades diárias).</p> <p>Considerar apoio financeiro quando o parceiro apoiou financeiramente à gestante.</p> <p>Marcar “sim” se pelo menos um dos apoios não estiver presente.</p> <p>Marcar “não” se todos os apoios estiverem presentes.</p>
Apoio social ausente/insuficiente	<p>Perguntar se a participante recebeu apoio social (profissionais de saúde, vizinhos, colegas de trabalho, familiares e/ou amigos) no período gestacional.</p> <p>Marcar “sim” se a participante relatar que não obteve apoio profissionais de saúde, vizinhos, colegas de trabalho, familiares e/ou amigos. Marcar “não” se a participante relatar que houve esse apoio.</p>
Extremos de idade materna	<p>Perguntar a participante se quando ela engravidou tinha idade igual ou menor que 19 anos ou igual ou maior que 35 anos, considerando a última gestação.</p> <p>Marcar “sim” se a participante relatar que na última gestação engravidou com idade menor ou igual 19 anos ou menos, ou com 35 anos ou mais. Marcar “não” caso a idade que ela tinha quando engravidou seja de 20-34 anos.</p>
Pré-eclâmpsia na gestação anterior	<p>Perguntar se a participante teve pré-eclâmpsia na gestação anterior.</p> <p>Marcar “sim” se a participante relatar que teve pré-eclâmpsia na gestação anterior. Marcar “não” se a participante relatar que não teve.</p>
Gestante com baixo nível educacional	<p>Perguntar se a participante concluiu o ensino médio.</p> <p>Marcar “sim” se a participante relatar que não conseguiu concluir o ensino médio. Marcar “não” se a gestante concluiu o ensino médio ou superior.</p>

Gestante desfavorecida economicamente	<p>Perguntar a participante sobre sua renda familiar.</p> <p>Marcar “sim” se a renda familiar per capita for menor que um salário mínimo (< R\$ 1.100,00). Marcar “não” se a renda familiar per capita for maior que R\$ 1.100,00.</p>
Alteração do metabolismo glicose	<p>Verificar no prontuário e/ou caderneta da gestante o teste de glicemia capilar (HGT) ou exame de glicose.</p> <p>Marcar “sim” se o resultado for de 100-126 mg/dl ou maior que 126 mg/dl. Marcar “não” se o resultado for menor que 100 mg/dl.</p>
Complicações gestacionais	<p>Observar os 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).</p> <p>Marcar “sim” caso alguma das opções descritas esteja no prontuário. Marcar “não” se nenhuma das opções estiver no prontuário.</p>
Condições maternas	<p>Observar os dados em prontuários médicos acerca das condições maternas (dislipidemia, inflamação sistêmica, deficiência de vitamina D e endometriose).</p> <p>Marcar “sim” caso alguma das opções descritas esteja no prontuário. Marcar “não” se nenhuma das opções estiver no prontuário.</p>
Doenças maternas	<p>Observar os dados em prontuários médicos acerca das doenças maternas (depressão, infecções maternas, doenças autoimunes, disfunção da tireoide, neoplasias, síndromes metabólicas e síndromes hipertensivas).</p> <p>Marcar “sim” caso alguma das opções descritas esteja no prontuário. Marcar “não” se nenhuma das opções estiver no prontuário.</p>
Regime de tratamento	<p>Observar os dados em prontuários médicos e em cartão de pré-natal se a realização do regime de tratamento foi realizada com uso de antidepressivos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes e medicamentos teratogênicos.</p> <p>Marcar “sim” caso alguma das opções descritas esteja no prontuário. Marcar “não” se nenhuma das opções estiver no prontuário.</p>

Transferência de oxigênio ao feto comprometida	<p>Observar os dados em prontuários médicos e a ultrassonografia obstétrica com doppler para ter acesso às informações do comprometimento do transporte de oxigênio.</p> <p>Marcar “sim” caso alguma das opções descritas esteja no prontuário ou na ultrassonografia obstétrica com doppler. Marcar “não” se nenhuma das opções estiver no prontuário ou na ultrassonografia obstétrica com doppler.</p>
--	---

Fonte: Adaptado de Gomes (2019).

APÊNDICE F- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PARTE 1

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

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data da coleta: ____/____/____

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____

GRUPO CASO OU CONTROLE: _____

Nome: _____

Idade: _____(anos)

Raça/Cor autodeclarada: () Branca () Parda () Indígena () Negra () Outra

Estado civil: () Solteira () Casada () União Estável () Divorciada () Viúva

Escolaridade: () Analfabeta () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós-graduação

Renda familiar: () Menor que 1 salário mínimo () Entre 1 salário a 2 salários mínimos () Entre 2 a 3 salários mínimos () Acima de 3 salários mínimos

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Nenhuma ()
Outra _____

Profissão: _____

DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

Número de filhos: _____

Intercorrências obstétricas: _____

Idade da menarca: _____ (anos)

Número de gestações: _____

Intervalo entre as gestações: _____ (anos)

Número de partos: _____

Número de abortos: _____

Tipo de parto: () Parto vaginal () Parto cesáreo () Parto fórceps

Cirurgia prévia relacionada ao útero: () Sim () Não

Número de consultas pré-natal da última gestação: _____

Participação em grupo de gestante: () Sim () Não

Tipo de grupo de gestante: () Com a participação da família/parceiro () Sem a participação da família/parceiro

Temas abordados no grupo de gestante:

Local da realização do grupo de gestante: () Unidade Básica de Saúde () Ambulatório
() Hospital () Outros _____

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PARTE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

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.
SIM () NÃO ()
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 <i>et al.</i> , 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.
SIM () NÃO ()
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 $\leq 19,9\text{kg/m}^2$ (BRASIL, 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: $(\text{IMC} = \text{Peso (kg)}/\text{Altura (m)}^2)$ correlacionando com as semanas do período gestacional.
SIM () NÃO ()
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; BRASIL, 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.
SIM () NÃO ()
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.
SIM () NÃO ()
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.
SIM () NÃO ()
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 <i>et al.</i> , 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.
SIM () NÃO ()
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.
SIM () NÃO ()
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.
SIM () NÃO ()
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.
SIM () NÃO ()

**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 (BRASIL, 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.
SIM () NÃO ()
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 (FILHO 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.
SIM () NÃO ()
3. Gestantes com baixo nível educacional
Definição conceitual: Consiste no pouco tempo de frequência ou de permanência da gestante na escola (FRANCO <i>et al.</i> , 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.
SIM () NÃO ()
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 <i>et al.</i> , 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\$ 1.100,00).**

SIM () NÃO ()

**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 verificação no prontuário e/ou na caderneta da gestante do teste de glicemia capilar (HGT) ou exame de glicose. Durante o procedimento de coleta, o examinador irá consultar o prontuário e/ou caderneta da gestante para verificar o HGT ou exame de glicose. 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).
SIM () NÃO ()
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 (DPP); 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)
SIM () NÃO ()
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.
SIM () NÃO ()
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.
SIM () NÃO ()
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; RICHTER <i>et al.</i> , 2016; MENDES <i>et al.</i> , 2018).
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.
SIM () NÃO ()
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.
SIM () NÃO ()

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção de pré-natal de baixo risco**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grütne; LINDNER, Sheila Rúbia. **Violência: definições e tipologias**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/1254/1/TCC%20Ana%20Claudia%20Lemos.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

FILHO REZENDE, Jorge; MONTENEGRO, Carlos Antono Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. 14ª Edição. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

FRANCO, Selma Cristina *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. Disponível em: file:///C:/Users/ryann/Downloads/bruna,+Art_759_Final-formatado.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOTTARDO, Luziene Francisca da Silva; FERREIRA, Maria Cristina. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 1, p. 146-160, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100011. Acesso em: 20 jan. 2020.

JULIANO, Maria Cristina Carvalho; YUNES, Maria Ângela Mattar. Reflexões sobre rede de apoio social comomecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MENDES, Isadora Cristina *et al.* Anomalias congênitas e suas principais causas evitáveis: uma revisão. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, n. 1, p. e-1977, 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180011>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MENDES, Ryanne Carolynne Marques Gomes *et al.* Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019041403689>. Acesso em: 16 ago. 2021.

OLIVEIRA, Maria Aurelina Machado *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. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300006. Acesso em: 20 jan. 2020.

RICHTER, Fernanda Micaela *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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v8i3a2016.1052>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ROCHA, Priscila Coimbra *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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192714>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS, Hávila Thaís de Santana *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. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.8808-76748-1-SM.SM.0909sup1201508>. Acesso em: 20 jan. 2020.

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: Presidência da República, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politicanacional>. Acesso em: 15 jan. 2020

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**. A responsável é a pesquisadora Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes (Endereço: Rua Santa Águeda, nº 34, Prado, Pesqueira-PE, CEP 55200-000; Telefone: (87) 9 9205-8441/ (para ligações a cobrar: 909087992058441); e-mail: ryanne.carolynne@ufpe.br. As professoras orientadoras da pesquisa são: Francisca Márcia Pereira Linhares; Telefone: (81) 2126-8566; e-mail: francisca.linhares@ufpe.br e Suzana de Oliveira Manguieira; Telefone: (81) 3114-4106; e-mail: suzana.manguieira@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas poderão ser tiradas com a pesquisadora responsável Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes. Apenas quando lhe explicarem sobre a pesquisa e você concordar e aceitar participar, pedimos que assine dois documentos deste. Um será entregue a você e o outro ficará com a pesquisadora responsável.

Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser, é um direito seu. Também você poderá desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum problema.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo da pesquisa é validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe feto perturbado em gestantes de alto risco. Este estudo vai contribuir com os cuidados de enfermagem às grávidas e seus bebês porque irá identificar os fatores de risco para a gestação.

Serão convidadas as gestantes de alto risco que tiveram parto prematuro (bebê que nasceu antes das 37 semanas gestacionais), que perderam o bebê e que tiveram parto após as

37 semanas gestacionais com o bebê vivo. Serão realizadas perguntas sobre você e a sua gravidez.

Caso a gestante aceite participar do estudo, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), quando menores de 18 anos de idade (neste caso os pais e/ou responsáveis também deverão assinar o TCLE). A entrevista ocorrerá apenas uma vez e terá duração máxima de 40 minutos.

RISCOS: Esta pesquisa poderá oferecer riscos a você, como lhe deixar constrangida ou cansada pelos questionamentos. Para que isso não ocorra, as perguntas serão realizadas de forma rápida e todas as informações coletadas com você e nos seus prontuários não serão divulgadas a ninguém. Também será proporcionado local adequado e reservado, sem barulho, para a realização da entrevista. Caso você tenha perdido o bebê, e não se sinta bem em responder as perguntas, você pode desistir de participar, sem nenhum problema, e poderá dizer se quer que chame o apoio psicológico do hospital, para atendimento com psicólogo ou acompanhamento psiquiátrico, quando necessário, com a finalidade de lhe acolher e escutar.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: Há coisas boas com a realização desta pesquisa também, por exemplo, vai ajudar a melhorar a assistência à saúde das gestantes de alto risco e dos seus bebês e diminuirá as complicações que podem ocorrer durante a gravidez.

Você pode se recusar a participar da pesquisa, sem nenhum problema. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais, pois ninguém vai saber que você está participando, e não divulgaremos nada a outras pessoas. As informações serão divulgadas apenas em eventos ou trabalhos científicos, sem identificar seu nome.

Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e questionários), ficarão armazenados em pastas e computador pessoal, sob a responsabilidade da professora Francisca Márcia Pereira Linhares, no endereço do Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Departamento de Enfermagem - Av. Prof. Moraes Rego, 844-900 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-420, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e você não gastará nada para participar desta pesquisa, pois é voluntário, mas fica também garantida a indenização em casos de danos que ocorram devido à participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

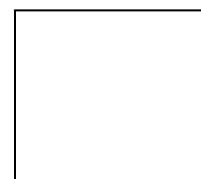
Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá tirar com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br**) e com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: (**Av. Professor Moraes Rego, nº 1235 – Cidade Universitária – 3º andar, Bloco C, Recife-PE, CEP : 50670-901 e o e-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.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 clínica 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 I - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**. Seus pais permitiram que você participe.

A responsável por esta pesquisa é a pesquisadora Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes (Endereço: Rua Santa Águeda, nº 34, Prado, Pesqueira-PE, CEP 55200-000; Telefone: (87) 9 9205-8441/ (para ligações a cobrar: 909087992058441); e-mail: ryanne.carolynne@ufpe.br. As professoras orientadoras da pesquisa são: Francisca Márcia Pereira Linhares; Telefone: (81) 2126-8566; e-mail: francisca.linhares@ufpe.br e Suzana de Oliveira Mangueira; Telefone: (81) 3114-4106; e-mail: suzana.mangueira@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas poderão ser tiradas com a pesquisadora responsável Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes. Apenas quando lhe explicarem sobre a pesquisa e você concordar e aceitar participar, pedimos que assine dois documentos deste. Um será entregue a você e o outro ficará com a pesquisadora responsável.

Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser, é um direito seu. Também você poderá desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum problema.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O objetivo da pesquisa é validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. Este estudo vai contribuir com os cuidados de enfermagem às grávidas e seus bebês, porque irá identificar os fatores de risco para a gestação.

Serão convidadas as gestantes de alto risco que tiveram parto prematuro (bebê que nasceu antes das 37 semanas gestacionais), que perderam o bebê e que tiveram parto após as 37 semanas gestacionais com o bebê vivo. Serão realizadas perguntas sobre você e a sua gravidez.

Caso a gestante aceite participar do estudo, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), quando menores de 18 anos de idade (neste caso os pais e/ou responsáveis também deverão assinar o TCLE). A entrevista ocorrerá apenas uma vez e terá duração máxima de 40 minutos.

RISCOS: Esta pesquisa poderá oferecer riscos a você, como lhe deixar constrangida ou cansada pelos questionamentos. Para que isso não ocorra, as perguntas serão realizadas de forma rápida e todas as informações coletadas com você e nos seus prontuários não serão divulgadas a ninguém. Também será proporcionado local adequado e reservado, sem barulho, para a realização da entrevista. Caso você tenha perdido o bebê, e não se sinta bem em responder as perguntas, você pode desistir de participar, sem nenhum problema, e poderá dizer se quer que chame o apoio psicológico do hospital, para atendimento com psicólogo ou acompanhamento psiquiátrico, quando necessário, com a finalidade de lhe acolher e escutar.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: Há coisas boas com a realização desta pesquisa também, por exemplo, vai ajudar a melhorar a assistência à saúde das gestantes de alto risco e dos seus bebês e diminuirá as complicações que podem ocorrer durante gravidez.

Você pode se recusar a participar da pesquisa, sem nenhum problema. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais, pois ninguém vai saber que você está participando, e não divulgaremos nada a outras pessoas. As informações serão divulgadas apenas em eventos ou trabalhos científicos, sem identificar seu nome.

Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e questionários), ficarão armazenados em pastas e computador pessoal, sob a responsabilidade da professora Francisca Márcia Pereira Linhares, no endereço do Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Departamento de Enfermagem - Av. Prof. Moraes Rego, 844-900 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-420, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e você não gastará nada para participar desta pesquisa, pois é voluntário, mas fica também garantida a indenização em casos de danos que ocorram devido à participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá tirar com 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: cephumanos.ufpe@ufpe.br)** e com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: **(Av. Professor Moraes Rego, nº 1235 – Cidade Universitária – 3º andar, Bloco C, Recife-PE, CEP : 50670-901 e o e-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br).**

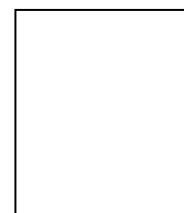
Assinatura do pesquisador (a)

SENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco** como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data _____

Assinatura do(a) menor: _____



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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS**



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicitamos a sua autorização para convidar a sua filha _____ {ou menor que está sob sua responsabilidade} para participar da pesquisa **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**.

A responsável por esta pesquisa é a pesquisadora Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes (Endereço: Rua Santa Águeda, nº 34, Prado, Pesqueira-PE, CEP 55200-000; Telefone: (87) 9 9205-8441/ (para ligações a cobrar: 909087992058441); e-mail: ryanne.carolynne@ufpe.br. As professoras orientadoras da pesquisa são: Francisca Márcia Pereira Linhares; Telefone: (81) 2126-8566; e-mail: francisca.linhares@ufpe.br e Suzana de Oliveira Mangureira; Telefone: (81) 3114-4106; e-mail: suzana.mangureira@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas poderão ser tiradas com a pesquisadora responsável Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes. Apenas quando lhe explicarem sobre a pesquisa e você concordar e aceitar que sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade participe, pedimos que assine dois documentos deste. Um será entregue a você e o outro ficará com a pesquisadora responsável.

Você não precisa autorizar a participação da sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade se não quiser, é um direito seu. Sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade poderá desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum problema.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo da pesquisa é validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe feto perturbado em gestantes de alto risco. Este estudo vai contribuir com os cuidados de enfermagem às grávidas e seus bebês, porque irá identificar os fatores de risco para a gestação.

Serão convidadas as gestantes de alto risco que tiveram parto prematuro (bebê que nasceu antes das 37 semanas gestacionais), que perderam o bebê e que tiveram parto após as 37 semanas gestacionais com o bebê vivo. Serão realizadas perguntas sobre sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade e sobre a sua gravidez.

Caso a gestante aceite participar do estudo, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), quando menores de 18 anos de idade (neste caso os pais e/ou responsáveis também deverão assinar o TCLE). A entrevista ocorrerá apenas uma vez e terá duração máxima de 40 minutos.

RISCOS: Esta pesquisa poderá oferecer riscos a você, como lhe deixar constrangida ou cansada pelos questionamentos. Para que isso não ocorra, as perguntas serão realizadas de forma rápida e todas as informações coletadas com você e nos seus prontuários não serão divulgadas a ninguém. Também será proporcionado local adequado e reservado, sem barulho, para a realização da entrevista. Caso você tenha perdido o bebê, e não se sinta bem em responder as perguntas, você pode desistir de participar, sem nenhum problema, e poderá dizer se quer que chame o apoio psicológico do hospital, para atendimento com psicólogo ou acompanhamento psiquiátrico, quando necessário, com a finalidade de lhe acolher e escutar

BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários: Há coisas boas com a realização desta pesquisa também, por exemplo, vai ajudar a melhorar a assistência à saúde das gestantes de alto risco e dos seus bebês e diminuirá as complicações que poderão ocorrer durante a gravidez.

Você pode recusar que a sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade participe da pesquisa, sem nenhum problema. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais, pois ninguém vai saber que ela está participando, e não divulgaremos nada a ninguém. As informações serão divulgadas apenas em eventos ou trabalhos científicos, sem identificar seu nome.

Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e questionários), ficarão armazenados em pastas e computador pessoal, sob a responsabilidade da professora Francisca Márcia Pereira Linhares, no endereço do Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Departamento de Enfermagem - Av. Prof. Moraes Rego, 844-900 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-420, pelo período de mínimo 5 anos após o término da

pesquisa. Nada lhe será pago e sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade não gastará nada para participar desta pesquisa, pois é voluntário, mas fica também garantida a indenização em casos de danos que ocorram devido à participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação da sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá tirar com 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: cephumanos.ufpe@ufpe.br)** e com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: **(Av. Professor Moraes Rego, nº 1235 – Cidade Universitária – 3º andar, Bloco C, Recife-PE, CEP : 50670-901 e o e-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br).**

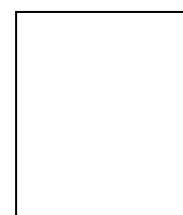
Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **Validação clínica 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) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____



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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE K – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes** e as assistentes de pesquisa **Jéssica Leite Bernardo da Silva** e **Júlia Maria de Souza Cavalcante**, a desenvolver o projeto de pesquisa **Validação clínica do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**, que está sob a orientação do(a) **Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares** e coorientação da **Profa. Dra. Suzana Mangueira de Oliveira**, cujo objetivo é **Validar clinicamente o Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**, nesta Instituição, nos setores **Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico**, bem como cederemos o acesso aos dados de **prontuários** para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que “o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa” declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 10 de dezembro de 2020

**Nome/assinatura e carimbo do responsável pelo serviço/departamento/ambulatório onde
será realizada a pesquisa**

Núcleo de Apoio à Pesquisa – HC/UFPE Tel: (81) 2126.3500
Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420
nap.hcufpe@gmail.com

APÊNDICE L - CARTA DE ANUÊNCIA SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES



CARTA DE ANUÊNCIA

Recife, 10 de dezembro de 2020.

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o desenvolvimento, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, do projeto de pesquisa intitulado “**Validação clínica do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**”, que está sob a coordenação/orientação da **Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares e da Profa. Dra. Suzana de Oliveira Manguieira**, tendo como orientanda a pesquisadora **Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes**, auxiliada pelas pesquisadoras **Jéssica Leite Bernardo da Silva e Júlia Maria de Souza Cavalcante**. Serão consultados 158 prontuários em nove meses.

A aceitação está condicionada a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa do HC/UFPE, pelo período de execução previsto no referido projeto e ao cumprimento pelo(a)(s) pesquisador(a)(s) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se com a confidencialidade dos dados e materiais coletados, utilizando-os exclusivamente para os fins da pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e comunicação da Gerência de Ensino e Pesquisa, os prontuários serão disponibilizados mediante agendamento prévio.

Diana Almeida

Chefe do Serviço de Arquivo
Médico e Estatística (SAME)

Núcleo de Apoio à Pesquisa – HC/UFPE Tel: (81) 2126.3500

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420

nap.hcufpe@gmail.com

APÊNDICE M – CARTA DE APRESENTAÇÃO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES



CARTA DE APRESENTAÇÃO

A pesquisa intitulada “**Validação clínica do Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco**”, da pesquisadora responsável Ryanne Carolynne Marques Gomes, é elaboração de tese do Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

O projeto será realizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e nos setores alojamento conjunto e Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas (HC) da UFPE. E tem como objetivo geral Validar clinicamente o Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

Os objetivos específicos são: 1 - Construir uma Teoria de Médio Alcance (TMA), definindo a relação entre os elementos que compõe o diagnóstico Risco de binômio mãe-feto perturbado com a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem; 2 - Verificar a validade clínica dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas para a identificação do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco; 3 - Identificar as relações existentes entre os fatores de risco, as populações em risco, as condições associadas e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco; e 4 - Analisar a associação dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado com a ocorrência da prematuridade ou do óbito fetal na população de gestantes de alto risco.

Trata-se da validação clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, do tipo validade clínico-causal, a qual corresponde à terceira etapa dos estudos de validação de DE. Este estudo dará seguimento à primeira etapa (análise de conceito) e à segunda etapa (validação de conteúdo por especialistas), as quais foram realizadas nos anos de 2018 a 2019. Será realizado um estudo do tipo caso-controle, o qual se baseará na comparação de dois grupos a

partir da presença ou não do desfecho do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado. Para esta pesquisa, o desfecho será a ruptura da relação simbiótica materno-fetal, visto que é a conclusão para a evolução desfavorável do binômio mãe-feto. O grupo caso serão as gestantes de alto risco identificadas com o desfecho do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado e o grupo controle serão as gestantes de alto risco identificadas sem o desfecho do DE.

A pesquisadora responsável é a doutoranda em enfermagem Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes e as assistentes de pesquisa serão as graduandas em enfermagem Jéssica Leite Bernardo da Silva e Júlia Maria de Souza Cavalcante.

A população deste estudo será composta por puérperas que foram diagnosticadas com gestação de alto risco e identificadas com o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. As mulheres que tiveram a ruptura da relação simbiótica materno-fetal serão o grupo caso e as mulheres que não tiveram a ruptura da relação simbiótica materno-fetal serão o grupo controle.

Para o cálculo da amostra foi utilizada a equação de cálculo de amostra para estudo caso e controle não pareado. Serão considerados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%; poder medido em contagens de 80% ($Z_{1-\beta} = 0,84$); razão entre número de controles para cada caso de 4; proporção de indivíduos expostos no grupo controle de 50%; Odds Ratio (OR) de 3,5. Assim, a amostra mínima será definida para 32 casos e 126 controles.

A pesquisa será realizada por meio de financiamento próprio a partir da bolsa de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Assim, o HC/UFPE não terá nenhum custo.

_____, ____/____/____, _____

(assinatura do pesquisador responsável)

(Local, data e assinatura do responsável pela pesquisa)

Núcleo de Apoio à Pesquisa – HC/UFPE Tel: (81) 2126.3500

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420

nap.hcufpe@gmail.com

APÊNDICE N - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

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

Pesquisador responsável: Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes

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 2020

Assinatura Pesquisador Responsável

APÊNDICE O -- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES



Eu, Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes, RG: ____, CPF: _____, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE, estou desenvolvendo a pesquisa a ser realizada no Hospital das Clínicas – UFPE, declaro conhecer e comprometo-me a respeitar as legislações vigentes no país e internas da Universidade Federal de Pernambuco em relação aos direitos de propriedade intelectual gerados no projeto sob título VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE BINÔMIO MÃE-FETO PERTURBADO EM GESTANTES DE ALTO RISCO, devendo: 1 - Comunicar ao Núcleo de Apoio à Pesquisa o desenvolvimento de criações suscetíveis de proteção legal antes de tomar qualquer iniciativa de divulgação dos resultados.

2 - Reconhecer o HC/UFPE como detentor de direitos patrimoniais sob propriedade intelectual gerada no projeto acima citado e a ele relacionado, assegurando-me o direito de figurar como autor/inventor.

3 - Autorizar o HC/UFPE a realizar todos os atos necessários à proteção e exploração da propriedade intelectual gerada e fornecer em tempo hábil todas as informações e documentos necessários.

4 – Concordar com a porcentagem de participação a título de incentivo, prevista nas legislações em vigor, sobre dividendos oriundos da exploração da propriedade intelectual gerada.

5 – Indicar minha vinculação à UFPE e ao HC/UFPE em todas as publicações de dados nele colhidas ou em trabalhos divulgados por qualquer outro meio, citando explicitamente os nomes: Universidade Federal de Pernambuco e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Recife, ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável

Núcleo de Apoio à Pesquisa – HC/UFPE Tel: (81) 2126.3500
Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420
nap.hcufpe@gmail.com

ANEXO A – VALIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS DA AVALIAÇÃO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

Data Compare Report

11/12/2021 14:25:39

Script

New Script

Tables

Database Table 1: C:\Users\pma\OneDrive\Área de Trabalho\ANALISE DE DADOS JUIZES BANCODADOS\JUIZES\BQ1.MDB BANCODADOS\JUIZES

Database Table 2: C:\Users\pma\OneDrive\Área de Trabalho\ANALISE DE DADOS JUIZES BANCODADOS\JUIZES\BQ2.MDB BANCODADOS\JUIZES

Statistics:

Records	Total # Compared	% with differences	#% with differences	#%
Fields	Total # Compared	#% with differences	#% with differences	#%
Unmatched	In Table 1	Out Table 2	0	

Table 1	Table 2
No differences	No differences

**ANEXO B – STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES
IN EPIDEMIOLOGY**

Statement—Checklist of items that should be included in reports of case-control studies

	No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls (b) For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org>.

ANEXO C – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION

Anexo - A versão Brasileira do AUDIT

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

1. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas de álcool?

(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana
-----------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr (a) costuma tomar?

(0) 1 ou 2 "doses"	(1) 3 ou 4 "doses"	(2) 5 ou 6 "doses"	(3) 7 a 9 "doses"	(4) 10 ou mais "doses"
--------------------	--------------------	--------------------	-------------------	------------------------
3. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido ?

(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano
---------	--------------------------------	-------------------------------
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano
---------	--------------------------------	-------------------------------

- Nas questões número 1 e 3, caso não seja compreendido, substitua "com que frequência" por "quantas vezes por ano, mês ou semana"; nas de 4 a 8, substitua por "de quanto em quanto tempo".
- Nas questões de 4 a 8, caso não seja compreendido, substitua "durante o último ano" por "desde o mês de ____ (corrente) do ano passado".
- Na questão 3, substitua "seis ou mais doses" pela quantidade equivalente da(s) bebida(s) no(s) recipiente(s) em que é(são) consumida(s). Ex. ... "três garrafas de cerveja ou mais"...

(Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em "doses", baseado no quadro abaixo)

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 "DOSE" ou 1 garrafa - 2 "DOSES" VINHO: 1 copo comum grande (250ml) - 2 "DOSES" ou 1 garrafa - 8 "DOSES" CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 "martelinho" (60ml) - 2 "DOSES" 1 "martelo"(100ml) - 3 "DOSES" ou 1 garrafa - mais de 20 "DOSES" UÍSQUE, RUM, LICOR, etc. : 1 "dose de dosador"(45-50ml) - 1 "DOSE"
--

ANEXO D – ALCOHOL, *SMOKING* AND *SUBSTANCE INVOLVEMENT* SCREENING TEST

VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO ASSIST

Anexo I – ASSIST 2.0

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST – Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas

I – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, hash...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inhalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, hash...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inhalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, hash...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inhalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, hash...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inhalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

Anexo I – ASSIST 2.0

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST - Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouth...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, hash...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras. Especificar: _____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouth...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, hash...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras. Especificar: _____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouth...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, hash...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras. Especificar: _____	0	1	2

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

Escore das questões 2.2 – 2.8

	Uso ocasional	Sugestivo de abuso	Sugestivo de dependência
Tabaco	0-3	4-15	16-20
Álcool	0-3	4-15	16-20
Maconha	0-3	4-15	16-20
Cocaína	0-3	4-15	16-20
Anfetaminas	0-3	4-15	16-20
Inalantes	0-3	4-15	16-20
Sedativos	0-3	4-15	16-20
Alucinógenos	0-3	4-15	16-20
Opiáceos	0-3	4-15	16-20

* Nota dos autores: após a realização deste estudo foram realizadas alterações no instrumento: a questão 7 foi reformulada, acrescentando-se " – controlar ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda)"
 A portação de algumas questões foi alterada na versão 3.0 do ASSIST. Sugere-se procurar os autores da versão brasileira para uso do instrumento atualizado.

ANEXO E - TESTE DE FAGERSTRÖM

O Teste de Fagerström mede o grau de **dependência à nicotina**. Todo paciente deve ter aferido o seu grau de dependência à nicotina, já que é essa dependência que dificulta o processo de abstinência, pois causa sintomas desconfortáveis nas pessoas que tentam **parar de fumar**, e aumenta as chances de as pessoas voltarem a fumar.

Responda às perguntas abaixo, some o número no final de cada resposta e veja o resultado no fim da página.

1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?
 - Dentro de 5 minutos (3)
 - 6-30 minutos (2)
 - 31-60 minutos (1)
 - Depois de 60 minutos (0)

2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?
 - Sim (1)
 - Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 - O primeiro da manhã (1)
 - Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 - Menos de 10 (0)
 - De 11 a 20 (1)
 - De 21 a 30 (2)
 - Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
 - Sim (1)
 - Não (0)

6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?
 - Sim (1)
 - Não (0)

Resultado:

Avaliação do resultado

Dependência (soma dos pontos):

- 0-2: muito baixa
- 3-4: baixa
- 5: média
- 6-7: elevada
- 8-10: muito elevada

ANEXO F - VALIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA

Data Compare Report

04/11/2021 19:06:07

[Script](#)

[New Script](#)

[Tables](#)

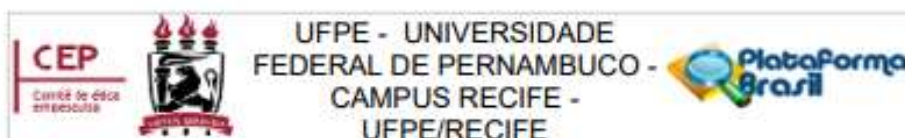
Database Table 1: C:\Users\jguzar\OneDrive\Área de Trabalho\ANÁLISE DE DADOS - VALIDAÇÃO CLÍNICA\BANCO DE DADOS\REG.MDR\BANCO DE DADOS
Database Table 2: C:\Users\jguzar\OneDrive\Área de Trabalho\ANÁLISE DE DADOS - VALIDAÇÃO CLÍNICA\BANCO DE DADOS\REG.MDR\BANCO DE DADOS

Statistics:

Records	Total # Compared	158# with differences	0% with differences	0%
Fields	Total # Compared	0# with differences	0% with differences	0%
Unmatched	In Table 1	0 In Table 2	0	

Table 1	Table 2
No differences	No differences

ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES MENDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47322121.3.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

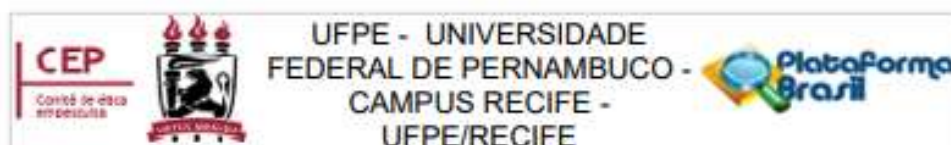
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.848.902

Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco da estudante RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES MENDES sob orientação da Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares e coorientação da Profa. Dra. Suzana de Oliveira Manguiera que busca responder: Quais as relações causais entre os antecedentes (fatores de risco, populações em risco, condições associadas) e a ocorrência do Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco? Trata-se de um estudo metodológico realizado por duas etapas: 1. Construção da Teoria de Médio Alcance (TMA) e 2. Validação clínica do Diagnóstico de Enfermagem "Risco de binômio mãe-feto perturbado", guiadas pelo referencial de Roy (2014) e Lopes e Silva (2016), respectivamente. A TMA será construída em seis etapas: 1. Definição da abordagem de construção da TMA; 2. Definição dos modelos teórico-conceituais a serem analisados; 3. Definição dos conceitos principais da TMA; 4. Desenvolvimento de um esquema pictorial; 5. Construção das proposições da TMA; e 6. Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática. A análise e avaliação da TMA será realizada a Técnica de Grupo Nominal (TGN) em um ambiente virtual com enfermeiros pesquisadores que têm experiência com o desenvolvimento e/ou avaliação de TMA. Os participantes serão selecionados por meio da Plataforma Lattes por amostragem de snowball sampling. Serão excluídos os pesquisadores que, mesmo após o segundo contato, não retornarem. Para a validação clínica será

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.845.902

realizado um estudo do tipo caso-controle, retrospectivo, cujo grupo caso serão as gestantes de alto risco identificadas com o desfecho do Diagnóstico de Enfermagem (DE) "Risco de binômio mãe-feto perturbado", e o grupo controle serão as gestantes de alto risco identificadas sem o desfecho do DE. O estudo será realizado nos setores alojamento conjunto e Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e, se necessário, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) desta instituição. A amostragem será do tipo intencional, com o grupo caso composto por puérperas que foram diagnosticadas com gestação de alto risco e que tiveram parto prematuro ou óbito fetal; e para o grupo controle: puérperas que foram diagnosticadas com gestação de alto risco e que tiveram parto a termo e com feto vivo. Puérperas transferidas para outras instituições de saúde ou que não estão conscientes e orientadas para responder a entrevista serão excluídas do estudo. A coleta de dados seguirá um Procedimento Operacional Padrão, construído pelos pesquisadores, cujo instrumento de coleta de dados será composto por duas partes: a primeira conterá os dados sociodemográficos e gineco-obstétricos das participantes, e a segunda parte será o instrumento validado por especialistas, contendo as definições operacionais dos antecedentes do DE em estudo. Alguns outros questionários serão utilizados para operacionalização da identificação dos fatores de risco: o Alcohol Use Disorders Identification Alcohol (AUDIT), o Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) e o Teste de Fagerström. Para a análise estatística serão calculadas as porcentagens absolutas e relativas, teste Qui-quadrado ou de Fisher-Freeman-Hallon, teste de Shapiro-Wilk, teste de MannWhitney, teste de t de Student, Odds Ratio, e regressão logística backward condicional, sendo considerado o nível de significância $p < 0,05$.

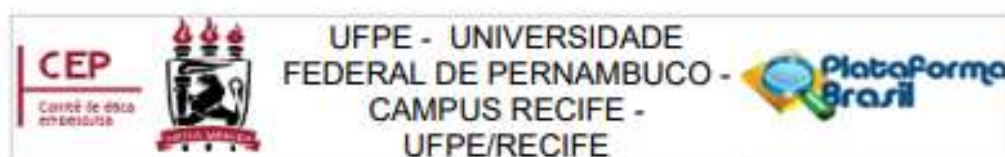
Objetivo da Pesquisa:

As autoras descrevem como objetivo primário Validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem "Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco".

E como objetivos secundários:

- Desenvolver uma Teoria de Médio Alcance acerca da relação entre os elementos que compõem o Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado com a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem;
- Avaliar a relação causal entre os conceitos da Teoria de Médio Alcance;
- Verificar a validade clínica dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas para a identificação do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco;

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Protocolo: 4.043.002

- Identificar as relações existentes entre os fatores de risco, as populações em risco, as condições associadas e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco;
- Analisar a associação dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado com a ocorrência da ruptura da relação simbiótica materno-fetal em gestantes de alto risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos do estudo, as pesquisadoras descrevem, para a etapa da Técnica de Grupo Nominal online: desconforto e constrangimento ao expressar-se. Estes riscos serão minimizados pela confidencialidade das informações obtidas na coleta de dados, o conhecimento acerca da privacidade da ferramenta utilizada, o armazenamento dos dados coletados, o sigilo das informações e a garantia de o participante não responder aos questionamentos, sem necessidades de explicações e justificativas, de modo que possa se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus. Já para a etapa de validação clínica do DE, a pesquisa poderá oferecer riscos de constrangimento e o cansaço. Para minimizar esses riscos, será garantida a privacidade, o anonimato e a confidencialidade dos dados; e a coleta de dados será realizada de forma objetiva.

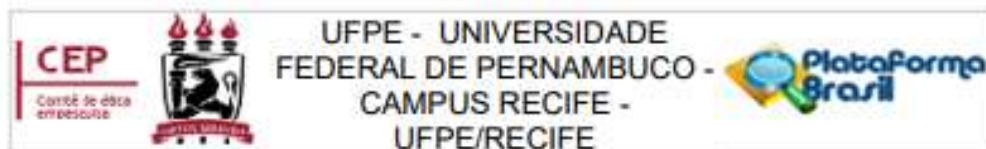
Também poderá ter o risco de haver alterações emocionais das participantes devido à evocação de memórias (ôbito fetal). Nesse caso, a coleta de dados será interrompida e será esclarecido que as mesmas poderão desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus; e a pesquisadora irá conversar com a equipe multiprofissional que atua no setor com a finalidade de recomendar o encaminhamento das participantes ao serviço de apoio psicológico do HC-UFPE.

No contexto atual da pandemia da COVID-19, enfatiza-se o risco para a segurança do paciente. Para evitar esse risco, serão seguidas todas as recomendações sobre o comportamento adequado no ambiente hospitalar e manutenção das boas práticas na instituição.

Ademais, existem os riscos de divulgação de dados confidenciais, de dano ou perda do prontuário. Para minimizar esses riscos, será garantido o sigilo das informações, que a coleta desses dados secundários será realizada no setor do estudo e que, após a coleta de dados, o prontuário será devolvido aos profissionais responsáveis.

Em relação ao benefício do estudo, será para tanto para os enfermeiros, quanto para o público do estudo, pois o desenvolvimento de TMA e os estudos de validação de DE no contexto da prática

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.543.002

profissional contribuem para o desenvolvimento da linguagem na área de enfermagem e para atualização da Taxonomia da NANDA-I e, conseqüentemente, para implementação do PE, o que contribuirá para a melhora da assistência à saúde às gestantes de alto risco e evitará a ocorrência do desfecho do Risco de binômio mãe-feto perturbado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aumentará o escopo de pesquisas para o aperfeiçoamento da Taxonomia da NANDA-I e a compreensão do fenômeno Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco para a implementação do Processo de Enfermagem. Apresentando todos os documentos conforme os preceitos éticos, o estudo apresenta clareza na escrita e relevância acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme os preceitos éticos.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012, na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, e nas ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL, de fevereiro de 2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), considera-se que o estudo foi avaliado como APROVADO.

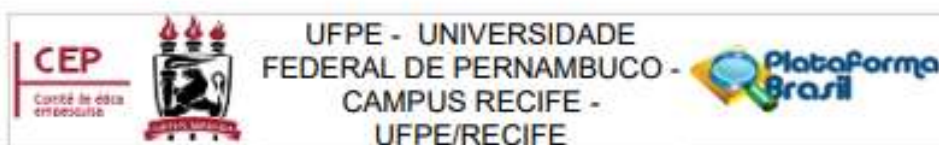
Considerações Finais a critério do CEP:

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.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.848.902

Outros	CurriculopesquisadoraresponsavelRyanne.pdf	25/05/2021 17:36:37	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoorientadoraFrancisca.pdf	25/05/2021 17:35:18	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoorientadoraSuzana.pdf	25/05/2021 17:34:38	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoassistentedepesquisaJulia.pdf	25/05/2021 17:33:48	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoassistentedepesquisaJessica.pdf	25/05/2021 17:33:17	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CARTAanuenciaSAME.pdf	25/05/2021 17:32:10	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CARTAdeanuenciaHC.pdf	25/05/2021 17:31:25	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	Cartadeapresentacao.pdf	25/05/2021 17:30:43	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	Cartaanenciaassinada.pdf	25/05/2021 17:30:06	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/05/2021 17:17:21	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

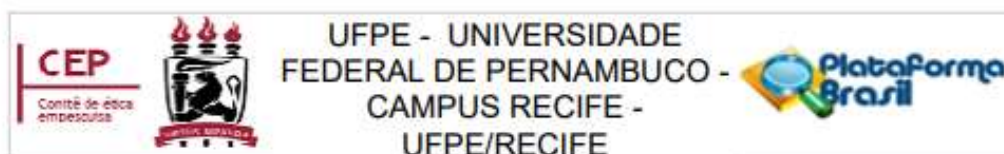
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 15 de Julho de 2021

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

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

Pesquisador: RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES MENDES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47322121.3.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.877.608

Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco da estudante RYANNE CAROLYNNE MARQUES GOMES MENDES sob orientação da Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares e coorientação da Profa. Dra. Suzana de Oliveira Manguiera que busca responder: Quais as relações causais entre os antecedentes (fatores de risco, populações em risco, condições associadas) e a ocorrência do Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco?

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver uma Teoria de Médio Alcance acerca da relação entre os elementos que compõem o Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado com a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem;

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

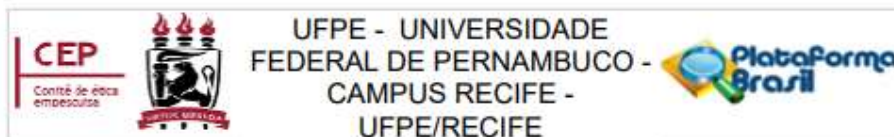
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.877/608

- Validar a Teoria de Médio Alcance com juízes;
- Verificar a validade clínica dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas para a identificação do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco;
- Identificar as relações existentes entre os fatores de risco, as populações em risco, as condições associadas e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco;
- Analisar a associação dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado com a ocorrência da ruptura da relação simbiótica materno-fetal em gestantes de alto risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos do estudo, as pesquisadoras descrevem, para a etapa da validação da TMA,

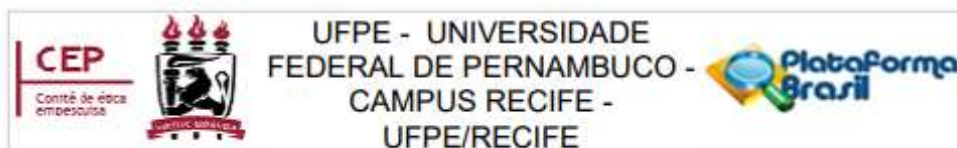
tem-se que o preenchimento do instrumento pode exigir raciocínio, assim a pesquisa oferece risco de cansaço mental e visual. Para minimização dos riscos, será concedido o prazo de vinte dias para o juiz responder. Ademais, a pesquisadora garantirá o armazenamento dos dados coletados, bem como o sigilo e confidencialidade acerca das informações obtidas. Já para a etapa de validação clínica do DE, a pesquisa poderá oferecer riscos de constrangimento e o cansaço. Para minimizar esses riscos, será garantida a privacidade, o anonimato e a confidencialidade dos dados; e a coleta de dados será realizada de forma objetiva.

Também poderá ter o risco de haver alterações emocionais das participantes devido à evocação de memórias (óbito fetal). Nesse caso, a coleta de dados será interrompida e será esclarecido que as mesmas poderão desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus; e a pesquisadora irá conversar com a equipe multiprofissional que atua no setor com a finalidade de recomendar o encaminhamento das participantes ao serviço de apoio psicológico do HC-UFPE.

No contexto atual da pandemia da COVID-19, enfatiza-se o risco para a segurança do paciente. Para evitar esse risco, serão seguidas todas as recomendações sobre o comportamento adequado no ambiente hospitalar e manutenção das boas práticas na instituição.

Ademais, existem os riscos de divulgação de dados confidenciais, de dano ou perda do prontuário. Para minimizar esses riscos, será garantido o sigilo das informações, que a coleta desses dados secundários será realizada no setor do estudo e que, após a coleta de dados, o prontuário será

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.877.808

devolvido aos profissionais responsáveis.

Em relação ao benefício do estudo, será para tanto para os enfermeiros, quanto para o público do estudo, pois o desenvolvimento de TMA e os estudos de validação de DE no contexto da prática profissional contribuem para o desenvolvimento da linguagem na área de enfermagem e para atualização da Taxonomia da NANDA-I e, conseqüentemente, para implementação do PE, o que contribuirá para a melhora da assistência à saúde às gestantes de alto risco e evitará a ocorrência do desfecho do Risco de binômio mãe-feto perturbado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta uma emenda para alteração dos processos metodológicos do estudo, a partir da publicação do artigo intitulado "Diretriz para incorporação do método Delphi na avaliação de teorias de enfermagem" que aborda sobre o método de avaliação de Teoria de Médio Alcance (TMA). Para contemplar a diretriz, o estudo delinea conforme os preceitos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória conforme os preceitos éticos.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012, na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, e nas ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL, de fevereiro de 2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), considera-se que o estudo foi avaliado como APROVADO.

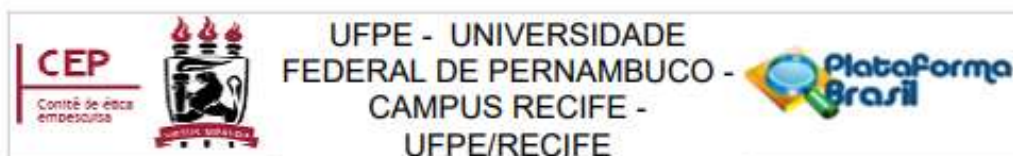
Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_179506_1_E1.pdf	17/07/2021 21:33:58		Aceito
Outros	Declaracaodevinculodoutorado.pdf	17/07/2021 21:28:57	Ryanne Carolynne Marques Gomes	Aceito

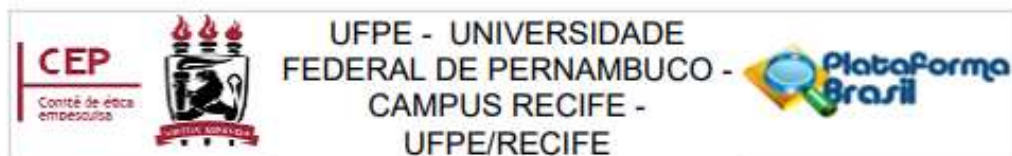
Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.877.608

Outros	Declaracaodevinculodoutorado.pdf	17/07/2021 21:28:57	Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodeteseemenda.doc	17/07/2021 21:21:11	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	justificativadaemenda.pdf	17/07/2021 20:12:19	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleavaliacaotma.pdf	17/07/2021 20:05:39	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	cartarespostapendencia.pdf	09/07/2021 17:59:49	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResponsaveismenores.pdf	09/07/2021 17:59:01	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaiores18.pdf	09/07/2021 17:58:48	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCOletaVirtual.pdf	09/07/2021 17:58:35	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEMenor7a18.pdf	09/07/2021 17:58:05	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetese.doc	09/07/2021 17:57:15	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODOPEQUI SADOR.pdf	26/05/2021 14:21:54	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOCONFIDE NCIALIDADE.pdf	26/05/2021 14:18:15	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculopesquisadoraresponsavelRyann e.pdf	25/05/2021 17:36:37	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoorientadoraFrancisca.pdf	25/05/2021 17:35:18	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoorientadoraSuzana.pdf	25/05/2021	Ryanne Carolynne	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.877.608

Outros	CurriculoorientadoraSuzana.pdf	17:34:38	Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoassistentedepesquisaJulia.pdf	25/05/2021 17:33:48	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoassistentedepesquisaJessica.pdf	25/05/2021 17:33:17	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CARTAanuenciaSAME.pdf	25/05/2021 17:32:10	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CARTAdeanuenciaHC.pdf	25/05/2021 17:31:25	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	Cartadeapresentacao.pdf	25/05/2021 17:30:43	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	Cartaanuenciaassinada.pdf	25/05/2021 17:30:06	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/05/2021 17:17:21	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Agosto de 2021

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO H – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47322121.3.3001.8807

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.958.347

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa de doutorado orientado pela Profa Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares e pela Co-orientadora Profa Dra. Suzana de Oliveira Manguiera.

A pesquisa trata da interrupção da relação simbiótica entre mãe e o feto com o comprometimento da fisiologia gestacional e das interações afetivo-emocionais. E a realização do cuidado de enfermagem às gestantes de alto risco por meio do Processo de Enfermagem com vistas a promover a saúde, a vida e o bem-estar materno-fetal e a prevenção dos agravos gestacionais.

Tipo de Estudo:

Estudo metodológico realizado por duas etapas: 1. Construção da TMA e 2. Validação clínica do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, guiadas pelo referencial de Roy (2014) e Lopes e Silva (2016), respectivamente. Ambas darão seguimento à primeira etapa (análise de conceito) e à segunda etapa (validação de conteúdo por especialistas), as quais foram realizadas entre os anos de 2018 e 2019 (GOMES, 2019).

Esse estudo dará seguimento às duas primeiras etapas de validação de diagnóstico de enfermagem: análise de conceito e validação de conteúdo por especialistas.

Será realizado em 2 momentos: 1) Desenvolvimento da Teoria de Médio Alcance por meio de seis etapas: definição da abordagem de construção da teoria; definição do modelo conceitual; definição dos principais conceitos; construção de um esquema pictorial; construção das proposições; e

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.870-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br

UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



Continuação do Parecer: 4.958.347

estabelecimento das relações causais e das evidências práticas. A Teoria de Médio Alcance será ancorada por uma revisão integrativa, publicada em 2020, e pela Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem; e será avaliada por enfermeiros após a sua construção.

2) Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado por meio da realização de um estudo caso-controle que se baseará na comparação de dois grupos. O grupo caso serão 32 gestantes de alto risco identificadas com o desfecho 'ruptura da relação simbiótica materno-fetal' e o grupo controle serão 126 gestantes de alto risco identificadas sem os desfechos.

Local do estudo:

O estudo será realizado nos setores alojamento conjunto e Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e, se necessário, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) desta instituição. O HC presta serviços para o SUS e é referência para gestação e parto de alto risco (EBSERH, 2020).

População e amostra:

A população deste estudo será composta por puérperas diagnosticadas com gestação de alto risco e identificadas com o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado. A amostragem será do tipo intencional.

Crítérios de inclusão: puérpera que foram diagnosticadas com gestação de alto risco com parto prematuro ou óbito fetal e para o grupo controle: puérperas que foram diagnosticadas com gestação alto risco e que tiveram parto a termo e com feto vivo.

Crítérios de exclusão: puérperas transferidas para outras instituições de saúde; ou que não estejam conscientes e orientadas para responder a entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

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

Objetivo Específicos:

Desenvolver uma Teoria de Médio Alcance acerca da relação entre os elementos que compõem o

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br

UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



Continuação do Parecer: 4.958.347

Diagnóstico de Enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado com a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem;

- Validar a Teoria de Médio Alcance com juízes;
- Verificar a validade clínica dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas para a identificação do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco;
- Identificar as relações existentes entre os fatores de risco, as populações em risco, as condições associadas e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco;
- Verificar a associação dos fatores de risco, das populações em risco e das condições associadas do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado com a ocorrência da ruptura da relação simbiótica materno-fetal em gestantes de alto risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

... riscos para as participantes, tais como o constrangimento e o cansaço. Para minimizar esses riscos, será garantida a privacidade, o anonimato e a confidencialidade dos dados; e a coleta de dados será realizada de forma objetiva. Além disso, será proporcionado local adequado e reservado, sem barulho, para a realização da entrevista individual.

Também poderá ter o risco de haver alterações emocionais das participantes devido à evocação de memórias (óbito fetal). Nesse caso, a coleta de dados será interrompida e será esclarecido que as mesmas poderão desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus; e a pesquisadora irá conversar com a equipe multiprofissional que atua no setor com a finalidade de recomendar o encaminhamento das participantes ao serviço de apoio psicológico irrestrito do HC-UFPE para disponibilização de um profissional do serviço de psicologia, com a finalidade de acolhê-las e escutá-las. Ademais, quando necessário, as participantes serão encaminhadas para acompanhamento psiquiátrico por meio da recomendação à equipe profissional do setor.

Os benefícios para os enfermeiros e o público do estudo. Para a prática profissional na atualização da Taxonomia da NANDA-I e a implementação do Processo de Enfermagem que contribuirá para a assistência à saúde das gestantes de alto risco e evitará a ocorrência do desfecho do Risco de

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.958.347

binômio mãe-feto perturbado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante ampliando a visão científica em saúde sobre a importância do olhar em todos os aspectos que envolvem o bem estar das gestantes de alto risco na relação mãe e feto na assistência de qualidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1793956.pdf	03/08/2021 17:50:53		Aceito
Outros	CartarespostapendenciaHC.pdf	03/08/2021 17:45:47	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEMenor7a18corrigido.pdf	03/08/2021 17:42:54	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResponsaveismenorescorrigido.pdf	03/08/2021 17:40:26	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaiores18corrigido.pdf	03/08/2021 17:38:27	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodeteseHC.doc	03/08/2021 17:36:55	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOEFIDELIDADEHCUFPEatualizado.pdf	23/07/2021 09:14:56	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br

**UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.958.347

Cronograma	cronogramacorrigidoatualizado.docx	23/07/2021 09:14:40	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	23/07/2021 08:43:05	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	cartarespostapendencia.pdf	09/07/2021 17:59:49	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResponsaveismenores.pdf	09/07/2021 17:59:01	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaiores18.pdf	09/07/2021 17:58:48	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEColetaVirtual.pdf	09/07/2021 17:58:35	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEMenor7a18.pdf	09/07/2021 17:58:05	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetese.doc	09/07/2021 17:57:15	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	Declaracaodevinculodoutorado.pdf	25/05/2021 17:37:03	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculopesquisadoraresponsavelRyanne.pdf	25/05/2021 17:36:37	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoorientadoraFrancisca.pdf	25/05/2021 17:35:18	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoorientadoraSuzana.pdf	25/05/2021 17:34:38	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoassistentedepesquisaJulia.pdf	25/05/2021 17:33:48	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CurriculoassistentedepesquisaJessica.pdf	25/05/2021 17:33:17	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CARTAanuenciaSAME.pdf	25/05/2021	Ryanne Carolynne	Aceito

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br

UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



Continuação do Parecer: 4.958.347

Outros	CARTAanuenciaSAME.pdf	17:32:10	Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	CARTAdeanuenciaHC.pdf	25/05/2021 17:31:25	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	Cartadeapresentacao.pdf	25/05/2021 17:30:43	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito
Outros	Cartaanuenciaassinada.pdf	25/05/2021 17:30:06	Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 08 de Setembro de 2021

Assinado por:
Givaneide Oliveira de Andrade Luz
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ebserh.gov.br