









Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *Risco de binômio mãe-feto perturbado**

Content validation of the nursing diagnosis *Risk for disturbed maternal-fetal dyad*

Validación del contenido del diagnóstico de enfermería
Riesgo del binomio madre-feto perturbado

Como citar este artigo:

Mendes RCMG, Frazão CMFQ, Lacerda ACT, Lopes MVO, Linhares FMP, Manguieira SO. Content validation of the nursing diagnosis *Risk for disturbed maternal-fetal dyad*. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03689. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019041403689>

-  Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes¹
-  Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão¹
-  Ana Catarina Torres de Lacerda²
-  Marcos Venícios de Oliveira Lopes³
-  Francisca Márcia Pereira Linhares¹
-  Suzana de Oliveira Manguieira¹

* Extraído da dissertação: “Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, 2019.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To validate the content of the diagnosis Risk for disturbed maternal-fetal dyad in high-risk pregnant women. **Method:** Nursing diagnosis content analysis study in which 48 nurses evaluated agreement regarding title, definition, class, and domain of the studied nursing diagnosis, as well as the relevance of its antecedents. The items were considered relevant when the Confidence Interval of the Content Validity Index was 0.8 or higher. When lower, the item was modified or excluded according to the experts' suggestions. **Results:** Out of 21 antecedents, 14 were considered relevant. The labels of five elements considered irrelevant were changed, and one item was excluded. The experts did not choose the title and definition proposed by NANDA-I, preferring instead the ones suggested in this study. The experts agreed with the class and domain proposed by the taxonomy. **Conclusion:** Ten risk factors, four populations at risk, and six associated conditions for this nursing diagnosis were maintained; these may provide a basis for nursing practice. The phase of clinical validation is suggested to be conducted to corroborate this study's results.

DESCRIPTORS

Nursing Diagnosis; Pregnancy, High-Risk; Maternal-Child Nursing; Validation Study.

Autor correspondente:

Ryanne Carolynne Marques Gomes
Rua Rui Barbosa, 09, apto 203, Centro
CEP 55602-240 – Vitória de
Santo Antão, PE, Brasil
ryannecarolynne@gmail.com

Recebido: 06/01/2020
Aprovado: 19/09/2020

INTRODUÇÃO

O binômio mãe-feto caracteriza-se pela simbiose e pelo vínculo materno-fetal. Para promover sua segurança, devem-se identificar precocemente as gestações de alto risco, as quais são caracterizadas por complicações materno-fetais devidas a patologias ou condições clínicas preexistentes agravadas da gestante. Essa identificação precoce tem a finalidade de prevenir as possíveis complicações gestacionais, as quais são responsáveis pela morbimortalidade materna e perinatal⁽¹⁾.

Quando ocorre a possível interrupção ou o rompimento dessa relação e/ou vínculo, pode haver o comprometimento fisiológico e das interações afetivo-emocionais do binômio, que podem ser, por exemplo, o comprometimento da placenta e das emoções maternas, respectivamente. Assim, a equipe multiprofissional, sobretudo o enfermeiro, exerce o papel de promover assistência à saúde e condições favoráveis à mãe e ao feto, desde a concepção até o parto, a fim de proporcionar o bem-estar e a integridade do binômio. Além disso, a equipe deve realizar intervenções que reduzam os riscos de intercorrências maternas e fetais⁽²⁻³⁾.

Quando as gestantes têm maiores chances de apresentar intercorrências que abalam o binômio mãe-feto, os profissionais de saúde devem atentar às repercussões sobre a mãe e o conceito. As intercorrências mais comuns no contexto da gestação de alto risco são: o aborto espontâneo, o qual, no Brasil, corresponde a 1,4 milhão de casos por ano (10 abortos para 23 gestações), e a prematuridade, que está presente em 11,8% das gestações no país⁽⁴⁾.

Diante dessas intercorrências, na prática clínica, por exemplo, o enfermeiro pode identificar Diagnósticos de Enfermagem (DE) que melhor representam a resposta humana ou a vulnerabilidade a tal resposta. Entretanto, o profissional, por vezes, enfrenta desafios no que diz respeito ao julgamento clínico e à identificação dos elementos que constam no DE^(1,3,5). Por isso, é necessária uma linguagem padronizada, com vistas a favorecer o pensamento crítico e a tomada de decisão dos enfermeiros, o que contribuirá para julgamento mais preciso. Essa padronização se dá pelo uso das taxonomias de enfermagem, as quais podem ser aprimoradas por meio de estudos de validação de DE⁽⁵⁾.

Validar um diagnóstico de enfermagem significa torná-lo válido e comprová-lo por meio dos indicadores clínicos de determinado evento ou condição clínica. Para validar um DE, faz-se necessária a realização das etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia de indicadores clínicos⁽⁶⁻⁹⁾. Na análise de conteúdo por especialistas, foco deste estudo, os profissionais analisam o material proveniente da etapa anterior para verificar a relevância dos indicadores clínicos do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado que consta na Taxonomia da NANDA-I desde 2008⁽⁵⁾.

Tal DE é definido pela taxonomia da NANDA-I como “susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde”⁽⁵⁾. Logo, o enfermeiro, ao atuar no contexto da gestação de alto risco, pode encontrar dificuldades tanto para identificar o DE quanto para propor intervenções de enfermagem⁽¹⁻³⁾. Além disso, na

literatura^(1,3,5), observa-se a ausência de estudos com relação ao diagnóstico Risco de binômio mãe-feto perturbado.

Diante da problemática exposta, considera-se a importância de validar o conteúdo desse DE, uma vez que o diagnóstico apresenta relevância para os enfermeiros especialistas em obstetrícia e/ou saúde da mulher. Acrescenta-se que os fatores de risco desse DE, que constam na taxonomia (abuso de substâncias, cuidado pré-natal inadequado e presença de abuso), não contemplam todas as dimensões biopsicossociais no contexto do risco gestacional. Além disso, o título e a definição não estão consistentes com o risco gestacional. Assim, este estudo contribuirá com a precisão e a uniformidade de nomenclaturas. Destarte, o objetivo do estudo foi validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo de validação do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado, realizado no período de abril a maio de 2019. Trata-se da etapa de validação por experts⁽⁸⁻⁹⁾, na qual foi utilizado o modelo denominado Sabedoria Coletiva - *The Wisdom of Crowds*, em que a opinião coletiva dos especialistas apresenta estimativa melhor do que a opinião de um único expert.

POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por enfermeiros que possuíam experiência acadêmica e/ou prática em diagnósticos de enfermagem e/ou obstetrícia e/ou saúde da mulher.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A seleção dos especialistas foi realizada por meio da Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com as palavras-chave: diagnóstico de enfermagem, obstetrícia e/ou saúde da mulher. Além disso, foi realizada a amostragem *Snowball Sampling* – amostragem por bola de neve, na qual os especialistas indicaram outros.

O nível de expertise dos avaliadores foi definido por sua experiência acadêmica e sua experiência prática em diagnósticos de enfermagem, obstetrícia e/ou saúde da mulher. Foi considerado o referencial da classificação em cinco níveis de expertise: *novice*, *advanced beginner*, *competent*, *proficient* e *expert*⁽¹⁰⁾. Para a seleção dos especialistas, consideraram-se a experiência prática (tempo de prática e o tempo de grupo de pesquisa) e a experiência acadêmica (titulação, temática do trabalho de titulação e a produção científica). Foram atribuídas pontuações para esses itens, adaptadas de um estudo de validação de diagnóstico de enfermagem, conforme mostra o Quadro 1.

A média aritmética do tempo de prática, do tempo de grupo de pesquisa e do conhecimento científico estabeleceu o nível de expertise. Assim, tem-se: (1=*novice*), (2=*advanced beginner*), (3=*competent*), (4=*proficient*) e (5=*expert*). A média com números decimais acima de cinco foi arredondada para o nível de expertise seguinte.

Quadro 1 – Classificação dos juízes - Recife, PE, Brasil, 2019.

http://orcid.org/0000-0002-4274-8709	Experiência Prática		Experiência Acadêmica		
	Tempo de Prática (anos) (X)	Tempo Grupo de Pesquisa (anos) (Y)	Conhecimento Científico (Z)		
			Titulação (Z1)	Trabalho de Titulação (Z2)	Produção Científica (Z3)
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	0-7	0-3	Especialista	Sim	Sim
2	8-14	4-6	Mestre	-	-
3	15-21	7-9	Doutor	-	-
4	22-28	10-12	-	-	-
5	29-35	13-15	-	-	-

Fonte: Diniz CM. Validação de Conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2017.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A definição da amostra foi fundamentada na fórmula que estima o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)⁽⁹⁾: $n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot s/\delta)^2$, em que: $Z_{1-\alpha/2}$ é o nível de confiança adotado; s é o desvio padrão; δ é o erro amostral. Para este estudo, o nível de confiança adotado foi de 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); desvio padrão: 0,17 e erro amostral: 0,05. Assim, $n_0 = (1,96 \cdot 0,17/0,05)^2$; $n_0 = 45$ avaliadores.

O tamanho da amostra foi corrigido em 5%, pois as distribuições do IVC podem ser assimétricas e pode ocorrer perda no Teste não paramétrico. Dessa forma, a amostra final foi calculada pela fórmula: $n = n_0/0,95$. Assim, $n = 45/0,95$; $n = 48$ avaliadores.

COLETA DE DADOS

Foi enviada para os especialistas, por correio eletrônico, uma carta-convite com as informações da pesquisa. À medida que os especialistas concordavam em participar do estudo, foram enviados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dois instrumentos de coleta de dados e as instruções para preenchê-los.

No primeiro instrumento, constavam perguntas acerca do perfil do especialista, para posteriormente classificá-lo de acordo com o nível de expertise. No segundo, constavam os elementos do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado a serem avaliados quanto à relevância, os quais foram obtidos da etapa anterior (análise de conceito): fatores de risco, populações em risco, condições associadas⁽¹¹⁾, bem como o título, definição, classe e domínio a serem avaliados quanto à concordância. Assim, os especialistas analisaram os elementos quanto ao critério relevância por meio de uma escala Likert: 1=discordo totalmente; 2=discordo parcialmente; 3=indiferente; 4=concordo parcialmente; 5=concordo totalmente. Foram analisados 48 instrumentos que estavam preenchidos adequadamente.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2010 e posteriormente foram analisados pelo SPSS versão 21.0 e software R versão 3.2.0. Foi realizada a análise descritiva das variáveis qualitativas

e quantitativas e aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade.

O IVC foi calculado por meio do modelo da diversidade preditiva, em que a avaliação dos juízes foi ponderada por seu nível de expertise. Foi calculada a mediana ponderada das avaliações devido à identificação da não normalidade. Além disso, foram apresentados seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%, os quais consideraram como valor de referência IC do IVC $\geq 0,8$. Quando a mediana do IVC e os IC foram $< 0,8$, os itens foram revisados conforme sugestões dos especialistas ou foram excluídos.

O IVC adotado para este estudo foi $\geq 0,8$, pois corresponde ao valor de referência para hipótese nula e é o padrão mínimo para se considerar os componentes diagnósticos válidos, segundo publicação do Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem (PRONANDA)⁽⁹⁾. Ademais, a literatura demonstra que IVC com valor menor pode comprometer o desempenho do estudo e da sua fase posterior (validação clínica)⁽⁷⁻⁹⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi pautada pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾ e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável, de acordo com o Parecer n. 3.198.725/18. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Inicialmente, foram convidados 102 enfermeiros para participar deste estudo, sendo que 56 aceitaram participar e oito não responderam aos instrumentos de coleta de dados. Assim, a amostra foi constituída por 48 enfermeiros.

Observa-se, na Tabela 1, que a maioria dos especialistas é do sexo feminino (89,60%), oriunda da região nordeste (89,60%), com titulação de mestre (52,10%) e classificada no segundo nível de expertise: *Advanced beginner* (64,60%). Destaca-se que a mediana da idade foi de 32,50 anos.

A Tabela 2 mostrará a análise quanto à concordância dos elementos do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado, a saber: título, definição, classe e domínio.

Tabela 1 – Perfil dos especialistas que participaram da validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado – Recife, PE, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%			
Sexo					
Feminino	43	89,60			
Masculino	5	10,40			
Região de trabalho					
Nordeste	19	39,60			
Sudeste	14	29,20			
Sul	6	12,50			
Norte	5	10,40			
Centro-oeste	4	8,30			
Titulação					
Mestre	25	52,10			
Doutor	12	25,00			
Especialista	11	22,90			
Nível de expertise					
<i>Advanced beginner</i>	31	64,60			
<i>Competent</i>	12	25,00			
<i>Proficient</i>	4	8,30			
<i>Expert</i>	1	2,10			
Faixa etária	Média 35,77	DP 10,46	Mediana 32,50	IIQ 12	Valor p 0,003

Legenda: DP (Desvio Padrão); IIQ (Intervalo Interquartil); p (nível de significância).

Tabela 2 – Análise do título, da definição, da classe e do domínio do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado – Recife, PE, Brasil, 2019.

Variáveis	N	%
Título		
1. Risco de binômio mãe-feto prejudicado	29	60,40
2. Risco de díade mãe-feto prejudicada	19	39,60
3. Risco de binômio mãe-feto perturbado	0	0,00
Definição		
1. Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional	41	85,40
2. Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde	7	14,60
Classe Reprodução	37	77,10
Domínio Sexualidade	30	62,50

Observa-se que a maioria dos especialistas concorda com o primeiro título sugerido para o DE em estudo, a saber: Risco de binômio mãe-feto prejudicado. Nenhum especialista concorda com o título estabelecido pela Taxonomia da NANDA-I⁽⁵⁾ “Risco de binômio mãe-feto perturbado”, bem como 19 especialistas optaram pelo segundo título sugerido: Risco de díade mãe-feto prejudicada.

Em relação à definição do DE, a maioria dos especialistas optou pela definição sugerida neste estudo: “Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional”. Porém, os especialistas sugeriram acrescentar a frase “em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação”, que consta na definição da taxonomia, para dar ênfase à susceptibilidade do binômio mãe-feto.

Quanto à classe do DE, observa-se que a maioria dos especialistas concorda com a estabelecida pela Taxonomia da NANDA-I, a classe Reprodução. Além disso, concorda com o domínio estabelecido pela referida taxonomia, o domínio Sexualidade.

A Tabela 3 aborda a análise dos especialistas quanto à relevância dos elementos do DE.

Percebe-se, na Tabela 3, que, dos 10 fatores de risco estabelecidos, sete foram considerados relevantes pelos especialistas: Abuso de álcool; Uso de drogas ilícitas; Cuidado pré-natal ausente/inadequado; Tabagismo; Apoio social ausente/insuficiente; Apoio do parceiro ausente/insuficiente e Violência. Três itens não foram considerados relevantes, uma vez que a mediana e os IC do IVC foram menores que 0,8, a saber: Baixo ganho de peso gestacional; Obesidade e Sobrepeso.

Em relação às populações em risco, apenas uma foi considerada relevante: Pré-eclâmpsia na gestação anterior. Ademais, a partir do IC do IVC < 0,8, percebe-se que quatro populações em risco não foram consideradas relevantes (Idade materna, desfavorecido economicamente, gravidez não planejada e baixo nível educacional).

Todas as condições associadas foram consideradas relevantes, a saber: Complicações gestacionais; Transferência de oxigênio ao feto comprometida; Doenças maternas; Alteração do metabolismo da glicose; Regime de tratamento; e Condições maternas.

Tabela 3 – Índices de Validade de Conteúdo dos elementos do DE ajustados pelo nível de expertise – Recife, PE, Brasil, 2019.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		
	W	Valor p	Mediana	IC95%	
Fatores de risco					
1. Abuso de álcool	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00
2. Uso de drogas ilícitas	0,48	<0,001	1,00	1,00	1,00
3. Baixo ganho de peso gestacional	0,89	<0,001	0,63	0,62	0,75
4. Cuidado pré-natal ausente/inadequado	0,64	<0,001	0,88	0,87	1,00
5. Obesidade	0,86	<0,001	0,75	0,62	0,75
6. Sobrepeso	0,87	<0,001	0,62	0,50	0,75
7. Tabagismo	0,68	<0,001	0,88	0,87	0,88
8. Violência	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00
9. Apoio do parceiro ausente/insuficiente	0,83	<0,001	0,75	0,75	0,87
10. Apoio social ausente/insuficiente	0,79	<0,001	0,87	0,75	0,87
Populações em risco					
1. Idade materna avançada	0,86	<0,001	0,63	0,62	0,75
2. Pré-eclâmpsia na gestação anterior	0,81	<0,001	0,75	0,75	0,87
3. Gravidez não planejada	0,88	<0,001	0,63	0,62	0,75
4. Baixo nível educacional	0,85	<0,001	0,75	0,63	0,75
5. Desfavorecido economicamente	0,85	<0,001	0,75	0,63	0,75
Condições associadas					
1. Complicações gestacionais	0,63	<0,001	0,88	0,87	1,00
2. Alterações do metabolismo da glicose	0,70	<0,001	0,87	0,75	0,88
3. Regime de tratamento	0,75	<0,001	0,75	0,75	0,87
4. Transferência de oxigênio ao feto comprometida	0,46	<0,001	1,00	1,00	1,00
5. Doenças maternas	0,65	<0,001	0,88	0,87	1,00
6. Condições maternas	0,74	<0,001	0,87	0,75	0,87

DISCUSSÃO

A classificação do nível de expertise que se destacou neste estudo foi o segundo nível, que corresponde ao *Advanced beginner*. Esse nível caracteriza-se pelo uso, por parte dos especialistas, tanto dos fatos objetivos quanto de concepções mais aprimoradas no processo de julgamento. Além disso, esses especialistas reconhecem os elementos do DE por instinto e utilizam habilidades situacionais, que favorecem a tomada de decisão^(8,10).

Neste estudo, apenas um especialista foi classificado no último nível de expertise, o expert, o qual confia nas suas habilidades e intuições^(8,10). Contudo, isso não interfere nos resultados deste estudo, pois o modelo adotado para esta pesquisa – Sabedoria Coletiva (*The Wisdom of Crowds*) – consiste em considerar como melhor estimativa a opinião de vários especialistas do que a de um único expert. Acrescenta-se que a avaliação dos participantes foi ponderada com o seu nível de expertise⁽⁸⁾.

Foi estabelecida a avaliação dos elementos do DE Risco de binômio mãe-feto perturbado: título, definição, classe, domínio, fatores de risco, populações em risco e condições associadas. De acordo com a taxonomia da NANDA-I, é necessário revisar esses elementos para que o enfermeiro

possa identificar com precisão o DE e, conseqüentemente, possa intervir de maneira eficaz no cuidado à saúde dos indivíduos⁽⁵⁾.

O título do DE deve ter dois eixos: o foco e o julgamento. Assim, foram dadas três opções para os especialistas avaliarem, sendo uma a que é estabelecida pela taxonomia da NANDA-I “Risco de binômio mãe-feto perturbado”; e as outras duas para dar clareza: “Risco de binômio mãe-feto prejudicado” e “Risco de díade mãe-feto prejudicado”.

Enfatiza-se que não foi esclarecida a diferença entre os termos “perturbado” e “prejudicado” para os especialistas. Mesmo assim, nenhum especialista concordou com o título estabelecido pela NANDA-I. Isso se deve ao fato de o julgamento “perturbado” trazer inconsistência ao rótulo do diagnóstico. Assim, a maioria dos especialistas (60,40%) optou pelo título “Risco de binômio mãe-feto prejudicado”, uma vez que o julgamento “prejudicado” torna o rótulo mais compreensível⁽¹³⁻¹⁶⁾.

A definição do diagnóstico sugerida neste estudo foi mais aceita do que a estabelecida pela Taxonomia da NANDA-I. Observa-se também que a definição da NANDA-I não aborda a interferência dos aspectos psicossociais na interação afetivo-emocional do período gestacional⁽⁵⁾. Isso se

dá pelo fato de a definição da taxonomia focar os aspectos fisiológicos e não considerar o contexto em que a gestante está inserida. Entretanto, sabe-se que esses aspectos podem provocar o risco gestacional⁽¹⁷⁾.

Apesar de os especialistas concordarem com uma das definições sugeridas para o DE, houve sugestões para melhorá-la. Assim, a definição ficou: “Susceptibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto que afeta o intercâmbio fisiológico e as interações afetivo-emocionais durante o período gestacional em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação”.

A maioria dos especialistas concorda com a classe e o domínio do diagnóstico em estudo estabelecidos pela NANDA-I: Reprodução e Sexualidade, respectivamente. Segundo a taxonomia, esses elementos servem para categorizar os DE e para agrupá-los, caso tenham características em comum, com a finalidade de facilitar a localização dos diagnósticos⁽⁵⁾. Dessa forma, considera-se que o DE em estudo está bem classificado na taxonomia.

Ao se encontrarem fatores de risco, populações em risco e condições associadas do DE na análise de conceito⁽¹¹⁾, etapa anterior a este estudo, foi necessário verificar com os especialistas a relevância desses itens. Ressalta-se que, na Taxonomia da NANDA-I, *não constam* elementos voltados aos aspectos biopsicossociais. Assim, em relação aos fatores de risco, foi observado que, dos sete itens considerados relevantes, três constam na taxonomia da NANDA-I, mas com nomenclaturas diferentes: Abuso de álcool, Cuidado pré-natal ausente/inadequado e Violência. Outro item também considerado relevante, mas que ainda não consta na taxonomia, é o *Uso de drogas ilícitas, que está relacionado à etiologia da prematuridade e agravos à saúde física e bem-estar psicossocial da mulher*, podendo comprometer o desfecho gestacional e ocasionar o aborto. No Brasil, a prevalência do uso dessas drogas na gestação em 2016 foi de 1,45%⁽¹⁸⁾.

Os itens que não foram considerados relevantes também não constam na NANDA-I: Baixo ganho de peso gestacional, Sobrepeso e Obesidade. Entretanto, foram feitas alterações em seu rótulo de acordo com as sugestões dos especialistas.

Assim, o rótulo do item Baixo ganho de peso gestacional (IC do IVC < 0,8) passou a ser Ganho de peso gestacional insatisfatório, o qual contribui com a morbimortalidade perinatal e pode ser encontrado em 20% das gestações de alto risco do Brasil. Ressalta-se que, quando a gestante tem baixo ganho de peso gestacional, o risco para prematuridade, aborto espontâneo e restrição do crescimento do feto é aumentado⁽¹⁹⁾.

O item Tabagismo foi considerado relevante pelos especialistas. Sabe-se que o uso do tabaco é prejudicial à saúde do binômio mãe-feto, pois está associado à prematuridade, ao baixo peso ao nascer, aos abortos e aos problemas no desenvolvimento neurológico fetal. No Brasil, em 2016, as gestantes fumantes foram estimadas em 9,14%⁽²⁰⁻²¹⁾.

Também foram considerados relevantes os itens Apoio do parceiro ausente/insuficiente e Apoio social ausente/insuficiente. Durante o período gestacional, se faz necessário o apoio social e do parceiro, tanto para lidar com os aspectos biológicos quanto para lidar com os aspectos psicossociais

que tornam a gestante mais susceptível aos riscos gestacionais, sobretudo a depressão, que tem incidência de 20% nas gestações em países em desenvolvimento e de 10% a 15% nas gestações em países desenvolvidos⁽²²⁾.

Os itens Obesidade e Sobrepeso não foram considerados relevantes pelos especialistas. Contudo, não foram excluídos nem revisados, visto que, de acordo com a literatura e com o Ministério da Saúde, ambos são fenômenos distintos e são considerados importantes fatores de risco para a disfunção do binômio mãe-feto devido à susceptibilidade à ocorrência de resultados adversos, tais como: Diabetes Mellitus Gestacional, parto prolongado, eclampsia, pré-eclâmpsia e depressão. Assim, tem-se a necessidade de testar esses itens no contexto clínico. Acrescenta-se que 23% das gestantes de alto risco, no Brasil, são obesas^(20,23).

Nenhuma das populações em risco consta na Taxonomia da NANDA-I. Dessas, quatro não foram consideradas relevantes (IC do IVC < 0,8). O item Pré-eclâmpsia na gestação anterior foi o único item considerado relevante pelos especialistas (IC do IVC > 0,8).

Assim, como opinião dos especialistas para os outros itens não considerados relevantes, teve-se a sugestão de alterar o rótulo “Gravidez não planejada” para “Gravidez indesejada”. Contudo, para este estudo, a sugestão não foi considerada, pois de acordo com a literatura, esses dois fenômenos são diferentes. A gravidez não planejada é aquela que não foi programada pela mulher e pelo parceiro, mas que não necessariamente vai provocar riscos para o binômio mãe-feto; a indesejada é a que se contrapõe aos desejos da mulher, sendo consequência ou não da falta de planejamento, mas que pode ocasionar o risco para a mãe e para o feto devido ao comprometimento das interações afetivo-emocionais que podem interferir na relação e/ou vínculo materno-fetal⁽²⁴⁾. Assim, esse item foi excluído deste estudo.

Também houve sugestões de modificar o rótulo Idade materna avançada para Extremos de idade materna. As sugestões foram baseadas nos altos índices de risco gestacional. No Brasil, por exemplo, a prevalência de gestantes com extremos de idade varia de 20% a 36% e as implicações clínicas mais comuns ocasionadas pelas adolescentes gestantes ou mulheres com 35 anos ou mais são: o aborto espontâneo e a mortalidade perinatal⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Quanto aos itens Baixo nível educacional e Desfavorecido economicamente, as sugestões foram incluir em ambos o termo “gestante”, para especificar a população em risco. Sendo assim, os rótulos adotados foram Gestante com baixo nível educacional e Gestante desfavorecidas economicamente. O baixo nível educacional e o baixo poder aquisitivo, presentes em 22% das gestações, são fatores que tornam as gestantes susceptíveis à gravidez de alto risco, o que prejudica, por exemplo, o estado nutricional da gestante e do feto e pode repercutir no desfecho gestacional⁽²⁷⁾.

Todas as seis condições associadas foram consideradas relevantes para o DE em estudo. Dessas, quatro constam na NANDA-I: Complicações gestacionais, Alteração do metabolismo da glicose, Regime de tratamento e Transferência de oxigênio ao feto comprometida. Salienta-se que todas essas

condições podem ocasionar o risco para o binômio mãe-feto e a morbimortalidade materno-fetal⁽²⁷⁾.

Tem-se como limitação da pesquisa o fato de que alguns enfermeiros que participaram deste estudo não utilizam ou nunca utilizaram o diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em sua prática profissional (assistência ou ensino). Contudo, a maioria dos especialistas que participaram deste estudo tinha experiência na área obstétrica e/ou saúde da mulher e contribuiu para a validação de conteúdo do diagnóstico em estudo.

Espera-se, com este estudo, contribuir com avanços para área de enfermagem, sobretudo para a enfermagem obstétrica e a saúde da mulher, visto que foi possível identificar as lacunas existentes no diagnóstico em estudo. Espera-se também subsidiar a atualização da referida taxonomia com vistas a facilitar a identificação do diagnóstico de enfermagem em estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu a análise dos elementos do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado: título, definição, classe, domínio, fatores de risco,

populações em risco e condições associadas. A análise foi realizada por especialistas com diferentes níveis de expertise, os quais corroboraram os achados encontrados na etapa da análise de conceito.

Foi possível revisar o título e a definição do diagnóstico em estudo a partir da análise dos especialistas. Além disso, foram considerados relevantes sete fatores de risco, uma população em risco e seis condições associadas, com a finalidade de dar consistência aos rótulos dos elementos e preencher as lacunas existentes na Taxonomia da NANDA-I.

Os rótulos dos elementos que apresentaram mediana e IC do IVC < 0,8 foram modificados: um fator de risco (Baixo ganho de peso gestacional) e três populações em risco (Idade materna avançada, Baixo nível educacional, Desfavorecido economicamente). Apenas o item Gravidez não planejada (população em risco) foi excluído deste estudo. Dessa forma, totalizaram-se 10 fatores de risco, quatro populações em risco e seis condições associadas para o diagnóstico em estudo. Portanto, a partir dos achados deste estudo, espera-se oferecer subsídios para a prática assistencial do enfermeiro. Além disso, sugere-se a realização de outros estudos que venham a incrementar e corroborar esses achados.

RESUMO

Objetivo: Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco. **Método:** Trata-se de um estudo de análise de conteúdo de diagnóstico de enfermagem, no qual 48 enfermeiros avaliaram a concordância do título, da definição, da classe e do domínio do diagnóstico de enfermagem em estudo, bem como a relevância dos seus antecedentes. O item foi considerado relevante quando o Intervalo de Confiança do Índice de Validade de Conteúdo foi maior ou igual a 0,8. Quando menor, o item foi modificado ou excluído conforme sugestões dos especialistas. **Resultados:** Dos 21 antecedentes, 14 foram considerados relevantes. Foram modificados os rótulos de cinco elementos considerados não relevantes e um item foi excluído. Ademais, os especialistas não optaram pelo título e definição propostos pela NANDA-I, mas pelos sugeridos neste estudo. Os especialistas concordaram com a classe e o domínio proposto pela taxonomia. **Conclusão:** Ficaram 10 fatores de risco, quatro populações em risco e seis condições associadas para o DE, que podem subsidiar a prática do enfermeiro. Sugere-se a realização da etapa da validação clínica para fortalecer os resultados deste estudo.

DESCRIPTORIOS

Diagnóstico de Enfermagem; Gravidez de Alto Risco; Enfermagem Materno-Infantil; Estudo de Validação.

RESUMEN

Objetivo: Validar el contenido del diagnóstico de enfermería Riesgo del binomio madre-feto perturbado en mujeres embarazadas de alto riesgo. **Método:** Estudio de análisis del contenido de los diagnósticos de enfermería en el que 48 enfermeros evaluaron la concordancia del título, la definición, la clase y el dominio del diagnóstico de enfermería estudiado, así como la relevancia de sus antecedentes. El elemento se consideró pertinente cuando el Intervalo de Confianza del Índice de Validez del Contenido era mayor o igual a 0,8. Para valores más pequeños, el elemento fue modificado o excluido según las sugerencias de los especialistas. **Resultados:** De los 21 antecedentes, 14 se consideraron pertinentes. Se modificaron las etiquetas de cinco elementos considerados no pertinentes y un elemento fue excluido. Además, los expertos no eligieron el título y la definición propuestos por NANDA-I, sino los que se sugirieron en este estudio. Los expertos estuvieron de acuerdo con la clase y el dominio propuestos por la taxonomía. **Conclusión:** Quedaron 10 factores de riesgo, cuatro poblaciones de riesgo y seis condiciones asociadas al diagnóstico de enfermería, que pueden subvencionar la práctica de los enfermeros. Se sugiere realizar la etapa de validación clínica para reforzar los resultados de este estudio.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de Enfermería; Embarazo de Alto Riesgo; Enfermería Materno-infantil; Estudio de Validación.

REFERÊNCIAS

- Holness N. High risk pregnancy. *Nur Clin North Am.* 2018;53(2):241-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010>
- Fitzpatrick KE, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Pregnancy at very advanced maternal age: a UK population based cohort study. *BJOG.* 2016;124(7):1097-106. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14269>
- Van Otterloo LR, Connelly CD. Maternal risk during pregnancy: a concept analysis. *J Clin Nurs.* 2016;25(17-18):2393-401. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13294>
- Demitto MO, Gravena AAF, Dell'Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03208. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208>
- Herdman TH, Kamitsuru S, organizadoras. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015- 2017. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

6. Carteiro D, Caldeira S, Sousa L, Costa D, Mendes C. Clinical Validation of the nursing diagnosis of sexual dysfunction in pregnant women. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(4):219-24. doi: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12139>
7. Guimarães HCQCP, Pena SB, Lopes JL, Lopes CT, Barros ALBL. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *Int J Nurs Knowl*. 2016;27(3):130-5. doi: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12089>
8. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):649-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>
9. Lopes MVO, Silva VM. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem (Ciclo 4). In: Herdman TH, organizadora. PRONANDA: Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 9-51.
10. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics. 2nd ed. New York: Springer; 2009.
11. Gomes RCM, Lopes MVO, Perrelli JGA, Pontes CM, Linhares FMP, Manguiera SO. Analysis of the NANDA-I taxonomy "maternal-fetal dyad" concept in high-risk pregnancy: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 Suppl 4:e20190649. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0649>
12. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2019 abr. 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
13. Shree R, Harrington WE, Kanaan SB, Forsyth A, Cousin E, Lopez A, et al. Fetal microchimerism by mode of delivery: a prospective cohort study. *BJOG*. 2019;126(1):24-31. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15432>
14. Garg M, Garrison L, Leeman L, Hamidovic A, Borrego M, Rayburn WF, et al. Validity of self-reported drug use information among pregnant women. *Matern Child Health*. 2016;20(1):41-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1799-6>
15. Santos RMS, Gavioli A. Risk related to abuse of drugs in pregnant women. *Rev Rene*. 2017;18(1):35-42. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100006>
16. Stickrath E. Marijuana use in pregnancy: an updated look at marijuana use and its impact on pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2019;62(1):185-90. doi: <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000415>
17. Bayrampour H, Ali E, McNeil DA, Benzies K, MacQueen G, Tough, S. Pregnancy-related anxiety: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2016;55(1):115-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023>
18. Rocha PC, Alves MTSSB, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva RA. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saude Publica*. 2016;32(1):e00192714. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192714>
19. Petry CJ, Ong KK, Beardsall K, Hughes IA, Acerini CL, Dunger DB. Vomiting in pregnancy is associated with a higher risk of low birth weight: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:133. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1786-1>
20. Pugh SJ, Hutcheon JA, Richardson GA, Brooks MM, Himes KP, Day NL, et al. Child academic achievement in association with pre-pregnancy obesity and gestational weight gain. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(6):534-40. doi: <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206800>
21. Lucchese R, Paranhos DL, Santana Netto N, Vera I, Silva GC. Fatores associados ao uso nocivo do tabaco durante a gestação. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(3):325-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600045>
22. Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y, et al. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Sci Rep*. 2015;5(1):105-20. doi: <https://doi.org/10.1038/srep10520>
23. Mochhoury L, Razine R, Kasouati J, Kabiri M, Barkat A. Body mass index, gestational weight gain, and obstetric complications in Moroccan population. *J Pregnancy*. 2016;2013:379461. doi: 10.1155/2013/379461
24. Panova OV, Kulikov AM, Berchtold A, Suris JC. Factors associated with unwanted pregnancy among adolescents in Russia. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(5):501-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2016.04.004>
25. Kirbas A, Gulerman HC, Daglar K. Pregnancy in adolescence: is it an obstetrical risk?. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(4):367-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2015.12.010>
26. Kilpatrick SJ, Abreo A, Greene N, Melsop K, Peterson N, Shields LE, et al. Severe maternal morbidity in a large cohort of women with acute severe intrapartum hypertension. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(1):91.e1-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.176>
27. Loureiro CM, Cataño CR, Torricelli L, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Aspectos sociodemográficos y obstétricos de la morbilidad materna grave. *Ciênc Enferm*. 2017;23(2):21-32. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200021>

