

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

FERNANDA ROCHA APOLÔNIO LEÃO

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA" EM MULHERES DURANTE O PARTO NORMAL

Recife

FERNANDA ROCHA APOLÔNIO LEÃO

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

"SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA" EM MULHERES DURANTE O PARTO

NORMAL

Dissertação apresentada ao Colegiado do

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do

Centro de Ciências da Saúde da Universidade

Federal de Pernambuco, para obtenção do título

de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação

em Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos

cenários do cuidado de enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares

Coorientadora: Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira

Recife

2020

Catalogação na fonte: Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4-1790

L437v Leão, Fernanda Rocha Apolônio

Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal / Fernanda Rocha Apolônio Leão. - 2020.

142 f.

Orientadora: Francisca Márcia Pereira Linhares.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2020.

Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Diagnósticos de Enfermagem. 2. Educação em Saúde. 3. Parto normal. 4. Trabalho de parto. I. Linhares, Francisca Márcia Pereira (Orientadora). II. Título.

610.73 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2020-170)

FERNANDA ROCHA APOLÔNIO LEÃO

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA" EM MULHERES DURANTE O PARTO NORMAL

provada em	: 19/02/2020
provudu em	. 17/02/2020
	Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares (Orientadora)
	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
	Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli (Membro interno)
	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
	Cleide Maria Pontes (Membro interno)
	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
	Oniversidade i ederai de i emamodeo (OTTE)
_	Santana de Maria Alves de Sousa (Membro externo)
	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Recife



AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por cada acontecimento e oportunidade em minha vida. De fato, a Sua Mão está sobre tudo o que vivo e Ele é o meu sustento. Agradeço à minha família que é alento e a maior riqueza que tenho:

Ao meu **Pai** e minha **Mãe** pelos melhores exemplos que tive na vida e por sempre acreditaram em mim e me enxergaram melhor do que sou.

Ao meu amado esposo, **Thiago Leão**, que sempre confiou em mim e tem orgulho de quem sou, por todo incentivo, por me fazer plena e construir comigo o caminho do amor e da eternidade.

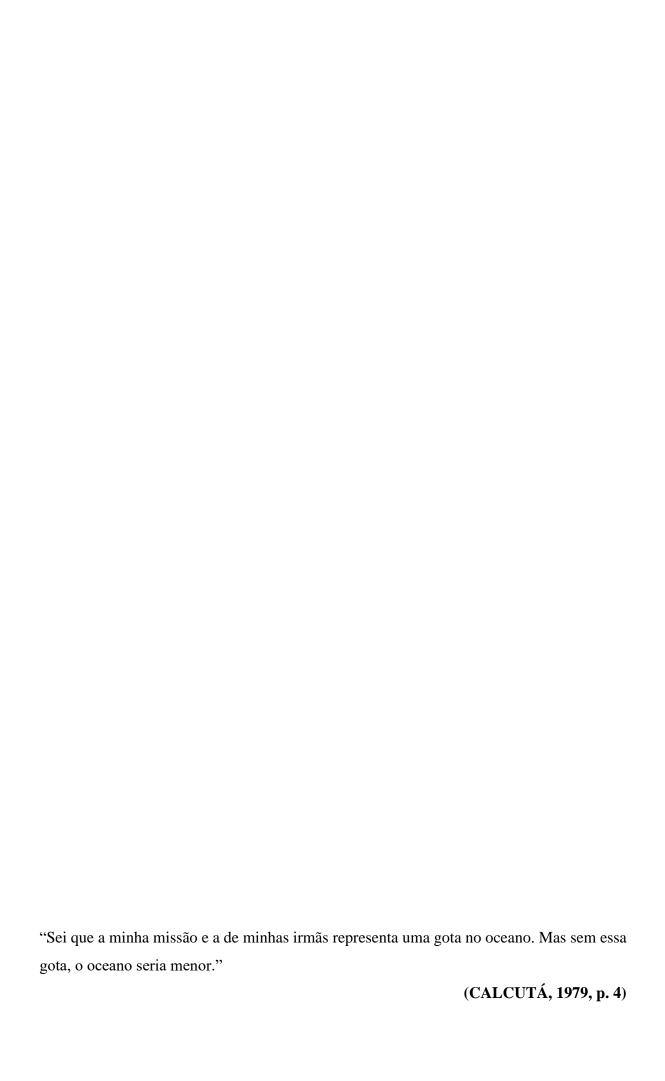
Aos filhos tão desejados e amados, **Maria Flor e Ravi** (em útero), que são a melhor parte de mim, porque quando penso em desistir, lembro-me de vocês e tudo volta a fluir. Iniciei os estudos nesta pós-graduação gestando a primeira filha, saio prestes a parir o segundo e com a certeza de que foi este o tempo favorável!

Agradeço à amiga **Luana Araújo**, um presente de Nossa Senhora, que vivenciou comigo mais este processo da vida desde antes do início até aqui. Quero recordar minha imensa admiração, gratidão e amor. Seguimos juntas!

Esposo, mãe, pai, irmãos, sobrinha, cunhados, amigos: obrigada pelo incentivo, pelo suporte e saibam que esta conquista é nossa. É a vocês também que dedico este trabalho porque sem essa rede forte eu não teria possibilidades e nem mesmo coragem e forças para chegar até aqui.

Agradeço, por meio de **Ryanne Marques**, a cada colega que conheci nesse processo e que, mesmo sem saber, gerou incentivo e inspiração em mim. Desejo o melhor a cada um.

Gratidão ao PPG- UFPE pelas portas abertas e por essa vivência única. À orientadora **Márcia Linhares** pela paciência, compreensão, compartilhamento de saber, investimento de tempo e apoio durante esses dois anos e à coorientadora **Suzana Mangueira** por sua disponibilidade, inteligência e valiosa contribuição e dedicação até aqui. Obrigada à banca examinadora nas pessoas das Prof. Dras. **Jaqueline Perrelli, Cleide Pontes e Santana Alves** pelo cuidado com cada detalhe desse trabalho. Estendo o agradecimento aos demais docentes que construíram junto comigo cada etapa do processo. Que o bom Deus os recompense com muito sucesso na caminhada.



RESUMO

O sentimento de impotência pode estar presente em diversos cenários do cuidado em saúde, inclusive durante o trabalho de parto e parto. Além disso, pode transformar esses eventos em uma experiência insatisfatória e traumática. Esta pesquisa representa colaboração nos estudos em enfermagem obstétrica e validação de diagnóstico da taxonomia da NANDA Internacional, que são meios que colaboram para a qualificação da assistência em saúde. O objetivo deste estudo foi validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem 'Sentimento de Impotência' em mulheres durante o parto normal. Foi realizado um estudo metodológico composto de duas etapas: análise de conceito e análise de conteúdo por especialistas. Para a análise de conceito, foi utilizado o modelo proposto por Walker e Avant, que recomendam a realização de uma revisão da literatura. A revisão integrativa foi realizada em seis etapas e guiada pela seguinte questão norteadora: "Quais as evidências disponíveis na literatura sobre os atributos, antecedentes e consequentes do sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal?". Após a análise de conceito, foi construído um instrumento com as definições conceituais e operacionais dos antecedentes e dos consequentes do diagnóstico, bem como as sugestões de uma nova definição para o fenômeno em estudo. O instrumento foi encaminhado a 29 especialistas para a realização da etapa da análise de conteúdo. Nessa etapa, mediu-se o grau de concordância de juízes quanto à relevância dos itens julgados. Foi adotado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) ≥ 0.9 e utilizado o teste de Wilcoxon (se p > 0.05, o item foi considerado relevante). A análise de conceito possibilitou a construção de duas novas definições para o diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência, bem como a identificação de seis atributos, 20 antecedentes e 10 consequentes deste fenômeno. A correlação com os componentes da NANDA-I resultou em 12 fatores relacionados, 3 populações em risco, 5 condições associadas e 10 características definidoras. Os especialistas consideraram relevantes todas as características definidoras encontradas e a definição proposta pelo estudo mais adequada, o que sugere que a referida pela NANDA-I apresenta lacunas importantes. Nessa etapa, apenas cinco itens foram considerados irrelevantes e excluídos: os fatores relacionados 'expectativas irreais' e 'ser profissional de saúde'; a população em risco 'extremos de idade'; e as condições associadas 'gestação múltipla' e 'analgesia'. Também foram acatadas quatro sugestões de alterações e uma inclusão de item. É recomendável a realização de novas pesquisas que aprofundem os conceitos e validem diagnósticos em populações específicas, sobretudo os que são subjetivos, como os sentimentos que perpassam as mulheres durante o parto normal. Com isso, ampliam-se as

possibilidades de compreensão de cada diagnóstico, o que favorece o seu uso na prática clínica. Espera-se que os resultados apresentados contribuam na assistência direta e na formulação de ações de educação em saúde pelos enfermeiros que atuam com mulheres no ciclo gravídico e durante o parto, com vistas a prevenir sentimento de impotência por meio do conhecimento de seus antecedentes e redução dos seus consequentes. Almeja-se, ainda, auxiliar a atualização do referido diagnóstico na taxonomia da NANDA-I.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem. Educação em saúde. Parto normal. Trabalho de Parto.

ABSTRACT

The object of the present study is the validation of the nursing diagnosis "Powerlessness", belonging to the NANDA-I taxonomy, in women during normal birth. The helplessness's feeling can be present in several scenarios of health care, including during labor and normal birth. In addition, it can turn these events into an unsatisfactory and traumatic experience. This research represents a contribution to the studies in obstetric nursing and diagnostic validation of the taxonomy of NANDA International, which are important means for qualifying health care. The object of this study is the content's validation of nursing's diagnosis "Powerlesness" in women during normal birth. A methodological study was carried out consisting of two stages: concept analysis and content analysis by specialists. For the concept analysis, the model proposed by Walker and Avant was used, which recommend carrying out a literature review as a subsidy. The integrative review followed the steps recommended by Mendes, Silveira and Galvão and the search was guided by the following guiding question: "What evidence is available in the literature about the definition, related factors and defining characteristics of the feeling of impotence in women during normal childbirth? "After analyzing the concept, an instrument was built with the conceptual and operational definitions of the antecedents and consequences of the diagnosis, as well as the suggestions for a new definition for the phenomenon under study. The instrument was sent to specialists for the content analysis stage. In this stage, the grade of agreement of judges was measured regarding the relevance of the items judged. The Content Validity Index (CVI) \geq 0.9 was adopted for the evaluated item's adequacy, using the Wilcoxon test (if p> 0.05, the item was considered relevant). Thus, this study enabled the construction of two new definitions for the nursing diagnosis of Powerlessness Feeling, as well as the identification of new attributes, antecedents and consequences of this phenomenon. The concept analysis all the defining characteristics found. Only five items were excluded: the factors related to 'unrealistic expectations' and 'being a health professional'; the population at risk of 'extreme age'; and the conditions associated with 'multiple pregnancy' and 'analgesia'. Four suggestions for changes and the inclusion of an item were also obeyed. It is recommended to carry out new studies that deepen the concepts and validate diagnoses in specific populations, especially those that are subjective. Thereby, the possibilities of understanding each diagnosis palpable are expanded, which favors its use in clinical practice. It is expected, with this research, to contribute in direct assistance and in the formulation of health education actions by nurses who work with women in the pregnancy cycle and during normal childbirth, in

order to prevent powerlessness feeling through the knowledge of their antecedents and reduction of its consequences. It aims to assist the updating of the NANDA-I taxonomy.

Keywords: Nursing Diagnosis. Health education. Normal birth. Labor, obstetric.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Estratégia PICo. Recife-PE, 2019
Figura 1 -	Fluxograma das etapas de seleção da amostra da amostra de artigos da
	Revisão Integrativa. Recife, PE, 2018
Quadro 2 -	Atributos do conceito sentimento de impotência em mulheres durante o parto
	normal encontrados nos estudos
Quadro 3 -	Propostas de definição do diagnóstico de enfermagem sentimento de
	impotência por meio da análise de conceito. Recife-PE, 201947
Quadro 4 -	Antecedentes ao sentimento de impotência em mulheres durante o parto
	normal encontrados nos estudos. Recife-PE, 2019
Quadro 5 -	Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "sentimento de
	impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 201949
Quadro 6 -	Populações em risco para o diagnóstico de enfermagem "sentimento de
	impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 201952
Quadro 7 -	Condições associadas ao diagnóstico de enfermagem "sentimento de
	impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 201953
Quadro 8 -	Consequentes do sentimento de impotência em mulheres durante o parto
	normal encontrados nos estudos. Recife-PE, 201955
Quadro 9 -	Características definidoras do diagnóstico de enfermagem "sentimento de
	impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 201956
Quadro 10 -	Relação dos antecedentes da NANDA-I com os da análise de conceito.
	Recife, 202057
Quadro 11 -	Quadro 11. Relação dos consequentes da NANDA-I com os da análise de
	conceito. Recife, 202069
Quadro 12 -	Estrutura do Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotência em
	mulheres durante o parto normal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Cálculo do nível de expertise dos especialistas. Recife-PE, 201941		
Tabela 2 -	Distribuição dos artigos de acordo com base de dados, idioma, país de		
	publicação, ano de publicação, nível de evidência e rigor metodológico.		
	Recife-PE, 2019		
Tabela 3 -	Caracterização dos especialistas da validação do Diagnóstico de Enfermagem		
	sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal. Recife,		
	201961		
Tabela 4 -	Tabela 4 – Definição para o diagnóstico de enfermagem Sentimento de		
	Impotência em mulheres durante o parto normal. Recife, 201966		
Tabela 5 -	Tabela 5 – Análise dos Fatores relacionados ao Diagnóstico de enfermagem		
	Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal quanto à		
	relevância. Recife, 201963		
Tabela 6 -	Análise das Populações em Risco para o Diagnóstico de enfermagem		
	Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal quanto à		
	relevância. Recife, 201964		
Tabela 7 -	Tabela 7 - Análise das Condições associadas ao Diagnóstico de Enfermagem		
	sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal quanto à		
	relevância. Recife, 2019		
Tabela 8 -	Tabela 8 – Análise das Características Definidoras do Diagnóstico de		
	Enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal		
	quanto à relevância. Recife, 201966		

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CASP Critical Appraisal Skills Programm

CEP Comitê de Ética em Pesquisa
CFM Conselho Federal de Medicina

CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

DE Diagnóstico de Enfermagem

DeCS Descritores em Ciências da Saúde

IC Intervalo de Confiança

IVC Índice de Validade de Conteúdo

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MeSH Medical Subject Headings

MS Ministério da Saúde

NANDA-I NANDA Internacional

OMS Organização Mundial de Saúde

PE Processo de Enfermagem

SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem

SciELO Scientific Electronic Library Online

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE SÍMBOLOS

 n_0 Amostra inicial

n Amostra final

p Nível de significância

s Desvio padrão

V Teste de Wilcoxon

X Tempo de prática (anos)

Y Tempo de grupo de pesquisa (anos)

Z Conhecimento científico

Z1 Titulação

 $Z_{1-\alpha/2}$ Nível de confiança

Z2 Trabalho de titulação

Z3 Produção científica

W Teste de Shapiro-Wilk

б Erro amostral

∑ Somatório

> Maior que

< Menor que

≥ Maior ou igual

≤ Menor ou igual

% Percentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO17		
2	OBJETIVOS21		
2.1	OBJETIVO GERAL		
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS21		
3	REVISÃO DA LITERATURA		
3.1	O PARTO NORMAL E O SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA DAS MULHERES .22		
3.2	A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
	NOS CENÁRIOS DO CUIDADO OBSTÉTRICO		
3.3	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E ESTUDOS DE VALIDAÇÃO		
	DIAGNÓSTICA. 28		
4	MÉTODO		
4.1	TIPO DE ESTUDO		
4.2	PRIMEIRA ETAPA: ANÁLISE DE CONCEITO32		
4.3	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA35		
4.2	SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS39		
4.4.1	Seleção dos especialistas		
4.4.2	Procedimento para coleta de dados		
4.4.3	Instrumento de coleta de dados		
4.4.4	Organização e análise dos dados		
4.5	ASPECTOS ÉTICOS44		
5	RESULTADOS 45		
5.1	ANÁLISE DE CONCEITO		
5.1.1	Caracterização dos estudos		
5.1.2	Identificação dos atributos críticos ou essenciais do sentimento de impotência 46		
5.1.3	Identificação dos antecedentes do sentimento de impotência, suas definições		
	conceituais e referências empíricas (operacionais)47		
5.1.4	Identificação dos consequentes do sentimento de impotência e suas definições		
	conceituais e referências empíricas (operacionais)55		
5.1.5	Construção de um caso modelo e um caso adicional (tipo contrário)58		
5.2	ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS		
5.2.1	Caracterização dos especialistas		
5.2.2	Definição do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência		

5.2.3	Análise da relevância dos fatores relacionados (antecedentes) do diagnóstico de		
	enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal	62	
5.2.4	Análise da relevância das populações em risco do diagnóstico de enfermago	em	
	sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal	64	
5.2.5	Análise da relevância das condições associadas (antecedentes) do sentimento	de	
	impotência em mulheres durante o parto normal	65	
5.2.6	Análise da relevância das características definidoras (consequentes) do diagnósti	ico	
	de enfermagem sentimento de impotência durante o parto normal	66	
5.3	SÍNTESE DOS RESULTADOS E ESTRUTURA DO DIAGNÓSTICO I	ЭE	
	ENFERMAGEM APÓS ANÁLISE	67	
6	DISCUSSÃO	71	
6.1	ANÁLISE DE CONCEITO	71	
6.2	ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS	79	
6.2.1	Definição do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência	79	
6.2.2	Fatores relacionados do diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotência	cia	
	durante o parto normal	80	
6.2.3	Populações em risco do diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotênce	cia	
	durante o parto normal	89	
6.2.4	Condições associadas do diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotência	cia	
	durante o parto normal	.91	
6.2.5	Características definidoras do diagnóstico de Enfermagem Sentimento	de	
	impotência durante o parto normal	93	
7	CONCLUSÃO	97	
	REFERÊNCIAS	99	
	APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS	.08	
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECII	0	
	(TCLE)	09	
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	.12	
	APÊNDICE D – TERMO DE COMROMISSO E CONFIDENCIALIDADE 1	34	
	APÊNDICE E – REFERÊNCIA DOS ARTIGOS DA REVISÂ	Ó	
	INTEGRATIVA	35	
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 1	37	

1 INTRODUÇÃO

O nascimento, desde a origem da civilização, foi considerado um evento feminino em que as mulheres acompanhavam outras no processo de parturição. Com o desenvolvimento tecnológico e a profissionalização da medicina, o parto foi transferido para o contexto hospitalar. Tal fato proporcionou um declínio na morbimortalidade perinatal e melhores condições de controle da dor com o uso da anestesia. No entanto, o parto tornou-se um momento de alienação do corpo feminino, do ambiente doméstico, dos familiares e amigos (GUALDA, 1994; BRASIL, 2017).

Associado à medicalização do corpo feminino no trabalho de parto e nascimento do filho, percebe-se que a mulher passa a ser coadjuvante uma vez que a atenção dos profissionais de saúde é centrada no bebê. Esse fato não leva em consideração os aspectos emocionais, humanos, sociais e culturais que residem no âmago da mulher. A participação reduzida dela durante este evento da vida reprodutiva tem contribuído para o desenvolvimento do sentimento de impotência. Este pode levá-la a falta de autonomia, colocando-a em uma postura ignara e submissa, fazendo-a acreditar que o parto natural é inatingível e que ela não poderia suportá-lo (GUALDA, 1994; PIMENTEL; OLIVEIRA FILHO, 2016; BRASIL, 2017). Esse sentimento de impotência pode ser um dos principais motivos pelo qual muitas brasileiras têm preferido a cirurgia como via de nascimento.

O Brasil é conhecido como "campeão mundial de cesarianas". Mais de 50% dos partos acontecem por essa via e a frequência é ainda maior no sistema privado, em que os números ultrapassam 80% e chegam a mais de 90% em algumas instituições. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o número de cesáreas esteja entre 10 e 15% para os melhores resultados perinatais (OMS, 2015).

O estudo Nascer no Brasil ressalta que 70% das mulheres brasileiras desejam o parto normal no início do pré-natal e que, no momento em que o parto se aproxima, elas mudam de opinião (LEAL; GAMA, 2014). Isto pode ser decorrente de acontecimentos que ocorrem durante a gestação que as desencoraja a dar seguimento ao planejamento inicial de parir. Esta mudança de postura pode estar relacionada à desinformação, negação do direito de escolha das mulheres, violência obstétrica e à cultura da cesárea e da medicalização do parto como sinal de segurança por parte dos profissionais, em quem a mulher e sua família confiam plenamente (ZANARDO *et al.*, 2017).

Apesar dessas mudanças culturais, o parto é sempre uma experiência significativa na vida das mulheres. É um momento singular, carregado de fortes emoções. As expectativas geradas podem influenciar suas vivências e deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas (TOSTES; SEIDL, 2016; BRASIL, 2017).

A mulher em trabalho de parto necessita do respeito à sua fisiologia e da colaboração para que a ação natural do corpo aconteça. Essa ação é guiada por uma cascata hormonal, que, por sua vez, sofre interferências externas. Dentre outros fatores, a insegurança, as dúvidas e os conflitos permeados pelos sentimentos como o de impotência, ativam sinapses do neocórtex, retiram a mulher do caminho instintivo e inibem o processo do parto por meio da liberação de hormônios como a adrenalina, que são desfavoráveis nessa fase do fenômeno (ODENT, 2002).

Quando a mulher adentra nessa vivência, espera-se que não seja passiva e apenas receptora de informações, mas que se coloque como sujeito ativo sobre o que lhe é oferecido. As práticas assistenciais autoritárias e o cuidado impessoal interferem negativamente no exercício da autonomia e podem intensificar a sensação dolorosa do parto. Isso pode contribuir para que a mulher se sinta impotente diante de um momento importante e significativo de sua vida (SANFELICE *et al.*, 2015; REIS *et al.*, 2016).

Para favorecer o processo de parturição consciente, é indispensável o preparo técnico e científico do enfermeiro de forma a criar vínculo e esclarecer dúvidas, abordando todas as alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas da mulher e de seus familiares. Nesse contexto do processo de cuidar, a educação em saúde é uma ferramenta para compartilhar saberes, resgatar e fortalecer a crença da mulher na sua própria capacidade, nas suas condições de saúde e no seu corpo (PIMENTEL; OLIVEIRA, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018; KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

Para ser a protagonista, a gestante precisa demonstrar autonomia e o conhecimento é uma ferramenta importante para conquistá-la. A educação em saúde é uma estratégia utilizada pelos profissionais de enfermagem para contextualizar temas de modo compreensível, buscando a aproximação da realidade, favorecendo a reflexão e colaborando para esse exercício ativo da mulher. Essa estratégia de promoção da saúde deve ter como objetivo final o empoderamento feminino para que elas possam definir como querem parir e que tenham garantidas as boas práticas, a humanização do atendimento e a promoção do parto e nascimento seguros (DIAS, 2007).

A falta de conhecimento da mulher e de sua família torna-a mais vulnerável às decisões das equipes de saúde e reduz seu poder de escolha. A educação em saúde permeada

pelo diálogo fortalece o autoconhecimento das gestantes e possibilita diminuição da sua ansiedade e do sentimento de impotência durante o parto (PIMENTEL; OLIVEIRA, 2016; KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

A necessidade de um olhar individualizado e multidimensional da equipe de saúde é fundamental na busca de atendimento a essas mulheres. Nesta equipe, destacam-se as competências e habilidades dos enfermeiros, uma vez que há atribuição desses profissionais à realização do pré-natal de risco habitual, sobretudo na Atenção Básica em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também na assistência ao parto normal nas maternidades (BARRETO *et al.*, 2015).

O exercício profissional do enfermeiro propicia a construção da autonomia das mulheres e atenuação das negatividades em relação à parturição, inclusive o sentimento de impotência. Nesse âmbito, a atuação da enfermagem obstétrica vem ganhando espaço ao longo dos últimos anos por meio da luta pela humanização do parto e nascimento (ANDRADE *et al.*, 2017).

Para atender às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal, os enfermeiros dispõem do Processo de Enfermagem (PE), recurso metodológico que orienta o cuidado profissional e tem como finalidade nortear a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). É descrito em cinco etapas: Coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é uma etapa privativa do enfermeiro que subsidia o planejamento da assistência. (COFEN, 2009).

O DE é definido como um julgamento clínico realizado pelo profissional diante das condições de saúde/processos da vida ou as situações de vulnerabilidade (HERDMAN; KAMITSURO, 2018). Este julgamento pode acontecer a uma pessoa, a uma família ou a coletividade. Entre as classificações utilizadas para elencar diagnósticos de enfermagem, a NANDA – I é uma taxonomia amplamente utilizada no Brasil.

A NANDA - I define o DE Sentimento de Impotência como uma experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado. Esse diagnóstico se encontra no domínio enfrentamento/tolerância ao estresse e na classe respostas de enfrentamento. Traz como características definidoras: alienação, dependência, depressão, dúvida em relação ao desempenho do papel, frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores, participação inadequada no cuidado, sensação de controle insuficiente e vergonha. Como fator relacionado tem-se: o ambiente institucional disfuncional, ansiedade, apoio social insuficiente, baixa autoestima, conhecimento insuficiente para controlar a situação, dor,

estigmatização, estratégias de enfrentamento ineficazes, interações interpessoais insuficientes, marginalização social e o papel de cuidador (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 673).

A nova estrutura dos DE da NANDA – I (2018-2020) acrescentou os conceitos de populações em risco e condições associadas, mesmo que não sejam passíveis de intervenções de enfermagem independentes. Para o DE Sentimento de Impotência, a referida taxonomia apresenta o desfavorecimento econômico como população em risco e, como condições associadas: Doença, Doença progressiva, Imprevisibilidade do curso da doença e Regime de tratamento complexo (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A identificação de novos fatores relacionados, características definidoras, populações em risco e condições associadas de determinado diagnóstico poderá basear estratégias de promoção da saúde. De forma a minimizar as inconsistências e aumentar a capacidade do enfermeiro em reconhecer corretamente o fenômeno de enfermagem, são recomendados estudos de validação de diagnósticos, pois estes têm a finalidade de aperfeiçoar e atualizar as classificações (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

O parto normal, apesar de ser uma capacidade inerente à condição feminina, é permeado de sentimentos e emoções que influenciam a mulher e sua rede de apoio. Portanto, faz-se necessária a busca de evidências para intervenções específicas e eficazes. Um bom planejamento para estas intervenções relacionadas à minimização do sentimento de impotência e promoção da autonomia durante o parto normal pode ser construído a partir de estudos de validação de diagnósticos nesta população, pois os mesmos subsidiam a prática baseada em evidências.

Este tipo de estudo no contexto de saúde da mulher é necessário para legitimar a estrutura do diagnóstico, de modo a contemplar esta população nos diversos cenários do cuidado de enfermagem por meio de uma linguagem unificada. O enfermeiro poderá utilizar os resultados deste estudo como guia para boas práticas obstétricas e intervenções de educação em saúde, visto que o conhecimento é um elemento fundamental para o processo de cuidar e será capaz de identificar o sentimento de impotência a partir do reconhecimento dos fatores relacionados e características definidoras.

A pesquisa representa contribuição aos estudos em enfermagem obstétrica e validação diagnóstica, que são importantes meios de qualificação da assistência em saúde. Diante do exposto tem-se como pergunta de pesquisa: Qual a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem 'Sentimento de Impotência' em mulheres durante o parto normal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura os atributos, antecedentes e os consequentes do conceito "Sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal;
- Relacionar os atributos, antecedentes e os consequentes do conceito "Sentimento de impotência" evidenciados na literatura com a definição, fatores relacionados, condições associadas, população em risco e características definidoras do diagnóstico de enfermagem da NANDA I:
- Elaborar definições conceituais e operacionais dos antecedentes (fatores relacionados, condições associadas e população em risco) e dos consequentes (características definidoras) do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal;
- Averiguar o julgamento de especialistas sobre a definição do diagnóstico de enfermagem em estudo e a relevância dos elementos estruturais, antecedentes e consequentes do 'sentimento de impotência' em mulheres durante o parto normal, identificados pela análise de conceito.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O PARTO NORMAL E O SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA DAS MULHERES

O parir e o nascer são eventos naturais pertencentes à história da humanidade. O parto é o portal de todo ser humano e, portanto, é envolto por significados culturais diversos, rituais e crenças que acompanham a história do mundo e, particularmente, das mulheres. É um evento que sempre foi compreendido como familiar, como um acontecimento natural a ser vivenciado. Nessa perspectiva, parir é uma capacidade inerente à condição feminina e, portanto, não deveria manifestar sentimentos como o de impotência (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017; PRATES *et al.*, 2018).

O parto acontecia em ambiente domiciliar assistido por parteiras ou pessoas da comunidade que tinham experiências, habilidades ou conhecimentos acerca do processo de parir. A participação do homem era em menor frequência; a assistência à parturiente era prestada por outras mulheres e as parteiras criavam um clima favorável, com talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar as dores (PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

A sociedade ocidental, aos poucos, foi relegando este entendimento ao esquecimento e transformou o modo de ver do nascimento em uma questão mais pragmática. Ao observar a história do parto a partir dos séculos XVIII e XIX, pode-se analisar quão pequeno foi o espaço para tantas mudanças em sua forma de assistência. A parturição que antes era vista como um momento íntimo, feminino e familiar, enfatizado no processo cultural, passa a ser uma compreensão clínica, próxima ao conceito de doença (CORTÉS *et al.*, 2015; PRATES *et al.*, 2018).

Foi necessário todo o século XIX para que fossem desenvolvidas novas técnicas de cirurgia, anestesia e para o uso da assepsia durante o trabalho de parto. Para tal feito, a institucionalização do parto foi fundamental. Com o aprimoramento do saber médico, o índice de mortalidade materna começou a diminuir e este fator contribuiu para a aceitação da hospitalização perante a sociedade. Ter seus filhos em hospitais passou a parecer mais seguro para as mulheres. A figura da parteira ficou cada vez mais escassa e a presença do homem mais frequente (SANFELICE *et al.*, 2015).

Concomitantemente, devido às inovações relativas à anestesia, as mulheres com condições financeiras favoráveis passaram a não aceitar mais sentir a dor do parto e não desejavam "correr mais riscos", além de que parir com a assistência de um médico significava

maior poder aquisitivo de suas famílias (VIEIRA, 2002; MONTENEGRO; REZENDE, 2010).

A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio e de práticas cada vez mais intervencionistas. Tal associação tem sido utilizada para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras e diagnósticos (TORNQUIST, 2003).

A perseguição às parteiras também fez desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos (TORNQUIST, 2003). A hospitalização do parto não conseguiu lograr seu objetivo fundamental, qual seja minimizar os riscos do processo de parturição, porque acarreta outros riscos para a mulher, como a violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias, a iatrogenia, a humilhação, as ameaças, o isolamento, a solidão e o medo (ROHDEN, 2002).

Obviamente, as mudanças nos modelos de assistência foram universais. Porém, em alguns países, a situação apresenta agravantes. Apesar da OMS e das evidências científicas recomendarem o parto normal como meio mais seguro e benéfico de nascer, a cultura tecnocrática tem força e influência desde a academia resulta em números alarmantes. Dentre os países com maiores índices de cesarianas e menores índices de parto natural, está o Brasil (LEAL; GAMA, 2014; OMS, 1996; BRASIL, 2017).

A epidemiologia dos nascimentos aponta que mais da metade dos brasileiros nasce por via cirúrgica e um inquérito realizado por Leal e Gama (2014) apresenta taxas mínimas de nascimentos naturais, sem intervenções. Os significados subjetivos do nascimento foram deixados de lado e, sob o poder da medicina, as mulheres passaram a duvidar da sua capacidade de parir seus filhos sem auxílio tecnológico (CORTÉS *et al.*, 2015; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

O modelo tecnocrático de assistência ao parto no Brasil passou a se apresentar sob duas esferas institucionais: a pública e a privada. Nos serviços públicos, vê-se com mais frequência a ocorrência de partos normais em relação aos sistemas privados, numa dicotomia de humanização e desumanização. Na esfera privada, as mulheres tendem à realização de cesarianas eletivas (MAIA, 2010) e a associação dessa cirurgia com o poder aquisitivo familiar está relacionada à possibilidade de escolher essa via de nascimento dentro dos planos de saúde particulares, o que não acontece na esfera pública. Hoje, já é possível observar de

perto mudanças significativas nesse contexto, mas ainda não geram impacto numérico e mudança de concepção social (ANDRADE *et al.*, 2017).

Apesar das recomendações oficiais serem favoráveis ao incentivo do parto normal, ainda há muito o que reconstruir. Positivo ou negativo, o parto é um marco de vida para as mulheres. Essa experiência gera expectativas, pois, apesar da visão pragmática, o fenômeno exacerba os sentimentos e as emoções da gestante de forma significativa (TOSTES; SEIDL, 2016; BRASIL, 2017).

De fato, o parto foi mitificado numa ocorrência desconhecida e amedrontadora para as mulheres. No período gestacional, todas recebem muitas influências e experimentam sentimentos e sensações que interferem em suas decisões, pois esse é um momento de vulnerabilidade. As informações disponibilizadas para as gestantes são permeadas de contradições e os profissionais de saúde tendem a interferir nas escolhas da mulher. Sem o preparo que desenvolve autonomia e os cuidados que geram conforto e confiança, o sistema emocional da parturiente é afetado e, consequentemente, a cascata hormonal fisiológica é desequilibrada e dificulta o nascimento natural (WEIDLE *et al.*, 2014; BALASKAS, 2017).

A dor deste evento não é apenas fisiológica, mas também fruto da cultura que tem o poder de intensificá-la, desde o deslocamento de gênero que ocorreu em consequência da institucionalização. O corpo feminino tem sido instrumentalizado, alvo de controle e intervenção social, tido como um corpo frágil e defeituoso, que difere da norma. Esse controle é considerado um exemplo de violência obstétrica, que é a violência de gênero institucionalizada, naturalizada e invisibilizada (ROHDE, 2016).

O marco da mudança do ator principal da cena do parto aconteceu no século XXI. No modelo tecnocrático, o médico é o ator principal e a ele cabe a condução ativa do trabalho de parto; no modelo humanístico, a gestante é a atriz principal e outros atores são incluídos na cena: a doula, o acompanhante e a enfermeira obstétrica, que apoiam e dão suporte ao trabalho de parto que é realizado pela própria mulher (TORNQUIST, 2003).

O conceito de humanização é amplo e polissêmico, envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis para o corpo, mente e espírito, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, e que ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, bem como que evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbimortalidade materna e fetal (ROHDEN, 2002).

Intervenções desnecessárias e iatrogênicas são também consideradas violência obstétrica, reproduzidas por meio da hierarquia e dominação do saber da medicina sobre o

corpo da mulher (ANDRADE; AGGIO, 2014). Tal ocorrência é causa do sentimento de impotência e medo nas gestantes. Assim, o que deveria ser o momento de reafirmação da capacidade das mesmas é fadado desses sentimentos, que são demonstrados numa postura submissa (WEIDLE *et al.*, 2014).

A palavra 'Impotência' é derivada do termo "poder", significa "falta de poder", "falta de força", "Impossibilidade física ou moral" e se origina do latim *impotentia*. É tida ainda como sinônimo de insuficiência e indica falta de controle sobre uma situação (MICHAELIS, 2019). Esse sentimento caracteriza-se por dúvida em relação ao desempenho do papel, frustração pela incapacidade, participação inadequada no cuidado, e pode estar relacionado, entre outros fatores, à ansiedade, apoio social insuficiente, baixa autoestima, conhecimento insuficiente ou estigmatização (HERDMAN; KAMISTURU, 2018). Pode estar presente em diversos cenários do cuidado em saúde, inclusive durante o trabalho de parto e parto, o que pode transformá-los o em uma experiência insatisfatória e traumática.

O sentimento de impotência, em inglês, *powerlessness*, foi reconhecido como um Diagnóstico de Enfermagem (DE) - resposta humana pertinente à enfermagem. Esse diagnóstico está definido como a percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 673).

Quando emoções negativas se apoderam da gestante, a sua confiança na capacidade de ser protagonista diminui. As grávidas têm medo de o sofrimento lhe ser intolerável, de não dar conta do processo e de prejudicar eu bebê, o que favorece a postura passiva diante da conduta intervencionista do profissional, que surge como "solução" para aliviar os receios, tantos desses ironicamente causados por suas próprias condutas e cuidado impessoal (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; WEIDLE *et al.*, 2014; BRASIL, 2017).

A mulher demonstra ter perdido, ao longo da história, o direito sobre si no ato do parto, sendo necessário impor leis e realizar reflexões bioéticas que lhe devolvam o domínio sobre si e estimulem a busca da autonomia. Para tal, é importante obter conhecimento mais aprofundado do que perpassa as mulheres durante o evento do parto. O estudo de sentimentos, por ter caráter abstrato e subjetivo, é uma tarefa difícil e exige minuciosa percepção, mas é relevante visto que as emoções se traduzem em atitudes concretas, decisões e influenciam diretamente a fisiologia do nascimento e a vida das mulheres e suas famílias (BALASKAS, 2017).

Para que seja possível tal promoção de autonomia, considera-se o envolvimento de diferentes atores sociais e tem-se buscado intensificar as ações de qualificação dos

profissionais de saúde. Com base nesse entendimento e em recomendações da OMS, a participação dos enfermeiros – com evidência aos especialistas em obstetrícia – durante o parto foi regulamentada e passou a ser amplamente estimulada no país. Essa participação toma como referência os cuidados e não a intervenção e envolve habilidades e competências que possibilitam a prestação um cuidado integral, respeitando o parto como um processo fisiológico, repercutindo positivamente na saúde (CAUS *et al.*, 2012; REIS *et al.*, 2017).

3.2 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS CENÁRIOS DO CUIDADO OBSTÉTRICO

A atuação do enfermeiro nos cenários do cuidado obstétrico - pré-natal, parto e puerpério - é imprescindível e tem atribuições e competências bem definidos. Esse profissional pode ser capaz de reconhecer as reais necessidades das gestantes por meio da assistência humanizada e promover experiência positiva por meio de orientações, comunicação eficaz e ações educativas (TOSTES; SEIDL, 2016, RODRIGUES *et al.*, 2016). Essas ações de educação em saúde fazem parte do contexto e atuação do profissional desta área e o enfermeiro destaca-se nesse âmbito por ser reconhecido pela importância no que tocam as estratégias de promoção da saúde de viés educativo (AMARAL *et al.*, 2019).

Além disso, o profissional de enfermagem deve ser capaz de compreender as necessidades sociais, familiares e culturais dessa população para fornecer o cuidado propício que pode contribuir para a redução da incidência de morbimortalidade materno-infantil e também da violência obstétrica, que é tão presente nos cenários de cuidado (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Este momento é de vulnerabilidade e permeado de emoções contraditórias, o que leva a mulher a calar a dor provocada pela violência obstétrica da parte dos profissionais de saúde. Ela acontece de diversas formas no trabalho de parto e parto: desde a não explicação e solicitação de autorização para a realização de procedimentos, até a expressão de palavras ofensivas, que impedem a mulher de demonstrar os seus sentimentos (ANDRADE; AGGIO, 2014).

É necessária uma nova forma de intervir por meio da tomada de consciência dos profissionais de saúde sobre o parto, o que pode amparar a mulher no desenvolvimento da sua autonomia e empoderamento (BALASKAS, 2017). O enfermeiro pode atuar no cenário obstétrico desde o pré-natal e a atuação da enfermagem obstétrica é mais ampla, segura e estratégica. Estes profissionais são fundamentais na *qualificação* dos serviços de saúde e na

assistência à mulher no processo parturitivo: contribuem para melhoria da saúde materna e têm reconhecidos como preferência das mulheres em diferentes estudos por sua atenção mais humanizada e criação de vínculo (REIS *et al.*, 2017). O fortalecimento de vínculo entre o profissional e a gestante torna as experiências da gestação e do parto mais positivas às mulheres. A satisfação é um dos objetivos orientados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui esse fator como um indicativo de qualidade de assistência. A falta de uma prática profissional com atenção centrada no respeito à individualidade de cada gestante, seus sentimentos e suas ansiedades são considerados como falha no cuidado ainda existente nas instituições de saúde (OMS, 1996; GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017; BRASIL, 2017).

A humanização do parto ainda representa um desafio na prática profissional. O protagonismo da mulher, o respeito aos seus direitos e o comprometimento dos profissionais de saúde constituem os alicerces para alcançar o objetivo. Portanto, é necessária a inserção da temática nos programas institucionais de capacitação e nas ações de educação em saúde, bem como na formação profissional, de modo a potencializar uma formação diferenciada em saúde. Essa inclusão configura uma estratégia que pode contribuir para a introdução de um novo modelo de assistência ao parto pautado em boas práticas (MEDEIROS; BATISTA, 2016; POSSATI *et al.*, 2017).

A atuação da enfermagem obstétrica no cenário de assistência ao parto e nascimento de risco habitual é paulatinamente reconhecida, porque, além de um cuidado menos intervencionista, inerente a sua formação, esses profissionais mostram-se mais instigados a promover o uso de práticas baseadas em evidências e sensibilizados para o resgate do protagonismo da mulher no processo de parturição. Utilizam-se da ferramenta estratégica de educação em saúde para melhorar a saúde das mães e crianças por meio de um conjunto de ações de empoderamento das mulheres (REIS *et al.*, 2017).

É possível forneceras ferramentas necessárias para o agir com autonomia e liberdade na promoção de diálogos preocupados com uma educação emancipatória que não ignora o saber pessoal e as vivências (FREIRE, 2011). As equipes de saúde responsáveis por gestantes devem ser educadoras, além de cumprir o protocolar processo de cuidado biológico. O resultado observado é um pré-natal qualificado, mulheres orientadas, partícipes e multiplicadoras de conhecimento (SILVA *et al.*, 2015).

Os enfermeiros obstetras destacam-se, também, nesse contexto, pela capacidade de comunicação com a gestante, ponto de elevada importância dentre o que pode favorecer melhor qualidade de assistência. Esses profissionais podem e têm sido fonte de conforto e segurança (AMARAL *et al.*, 2019).

Para ofertar a melhor atenção e o melhor cuidado disponível, os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, têm sido desafiados pela busca de conhecimento científico baseado em evidências nas últimas décadas. Esse cenário tem orientado a necessidade de consumir e produzir conhecimentos específicos inerentes à natureza do seu trabalho e contexto profissional (MERHY *et al.*, 2007), o que fortalece a prática de educação em saúde e, no âmbito da assistência obstétrica, favorece a minimização do sentimento de impotência pela intervenção do enfermeiro.

3.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA

A enfermagem tem um corpo de conhecimento próprio. Ressalta-se que o Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta metodológica que direciona o cuidado realizado pelos profissionais de enfermagem e se desenvolve em cinco etapas: Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. São etapas privativas do enfermeiro: o Diagnóstico e as Prescrições de Enfermagem (COFEN, 2009; HERDMAN; KAMITSURO, 2018).

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 358/2009 discorre sobre o PE e orienta a utilização em todos os ambientes públicos e privados de modo deliberado e sistemático onde ocorram cuidados do profissional de enfermagem (COFEN, 2009).

Diagnósticos de enfermagem são ferramentas de destaque do PE e, por meio da sua operacionalização e da instituição da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é possível seguir as etapas e planejar uma assistência mais qualificada às mulheres no ciclo gravídico, no parto e no puerpério (AMORIM *et al.*, 2017; HERDMAN; KAMTISURU, 2018).

Existe um desafio mundial de universalizar a linguagem utilizada por enfermeiros para designar o que identificam, tratam e avaliam em seus pacientes, a fim de dar visibilidade ao saber da atuação da enfermagem. Esse desafio tem impulsionado pesquisas para a construção de taxonomias de enfermagem que organizam os fenômenos com os quais os enfermeiros lidam profissionalmente, com a finalidade de padronizar a linguagem (HWANG; CIMINO; BAKKEN, 2003; MARIN, 2009).

Existem vários sistemas de classificação de enfermagem. No Brasil, dentre os mais conhecidos e utilizados tem-se a classificação diagnóstica da NANDA-I, cujo sistema é um dos mais divulgados e aplicados no âmbito mundial (CHIANCA, 2007).

A NANDA-I é uma associação que organiza a padronização da linguagem de um sistema de classificação de DE, sendo sua publicação atualizada a cada dois anos. O DE é definido pela Taxonomia NANDA-I como um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade (HERDMAN; KAMTISURU, 2018).

A Taxonomia oferece a estrutura para uma linguagem padronizada de comunicação dos diagnósticos, o que representa os conhecimentos da ciência da enfermagem. O uso dos DE nas interações com o paciente ou com a família pode ajudá-los a compreender os assuntos que são o foco da enfermagem e envolver os indivíduos nos próprios cuidados. A NANDA-I identifica os DE em três categorias: com foco no problema, que é o caso do sentimento de impotência, de promoção da saúde e de risco (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Enquanto estrutura do diagnóstico com foco no problema, tem-se a definição, os fatores relacionados e as características definidoras. Na última atualização, os fatores relacionados foram destrinchados em condições associadas e populações em risco. Como elemento estrutural, populações em risco se referem aos grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana. As condições associadas não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro, porém, podem dar apoio à precisão nos DE: são os diagnósticos médicos, as lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O uso da terminologia da NANDA-I e dos diagnósticos favorece a comunicação dos enfermeiros uns com os outros e com profissionais de outras áreas de atendimento de saúde, promovendo a compreensão sobre "o que" torna a enfermagem singular (HERDMAN; KAMITSURO, 2018). A relevância de estudos diagnósticos no contexto da enfermagem é conhecida e vem conquistando cada vez mais espaço em diferentes cenários. Diante disso, é crescente a necessidade de mais estudos de validação diagnóstica (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

As pesquisas de validação contribuem na construção de conhecimentos teórico-conceituais para dar sustentabilidade aos DE e seu uso é imprescindível para o aprimoramento, aperfeiçoamento e legitimação dos mesmos. No entanto, ainda são pouco desenvolvidos e com metodologia pouco estudada, o que dificulta que se tornem utilizáveis na prática da enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

No Brasil, estudos de validação são recentes, os primeiros se apresentaram em meados 1994 e empregam vários tipos de validação, com destaque para a clínica e a análise de conteúdo por juízes (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Lopes, Silva e Araújo (2012) ressaltam a importância de percorrer as etapas metodológicas para obter precisão no estudo dos indicadores clínicos de um diagnóstico de enfermagem. Esses autores sugerem as seguintes etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia de indicadores clínicos. Esse é o modelo que minimiza, por meio de abordagens alternativas, as inconsistências apresentadas pelos modelos tradicionais, por exemplo, com o estabelecimento do cálculo do número necessário de juízes.

Por meio de análise de conceito e de conteúdo, pode-se contribuir para a melhoria dessa prática, especialmente em diagnósticos abstratos como os relativos a sentimentos. Os profissionais precisam estar atentos a essa subjetividade, pois o DE é uma resposta psicossocial que pode receber intervenções de enfermagem, porém, por apresentar características definidoras abstratas e subjetivas, o olhar direto do enfermeiro na prática cotidiana pode desviar-se facilmente para os diagnósticos de enfermagem mais concretos e visíveis (PEREIRA; MOTA, 2018).

Na análise de conceito, é possível realizar a revisão e a reestruturação dos conteúdos dos DE aplicados na prática profissional. Na análise de conteúdo por especialistas, pode-se medir o grau de concordância desses quanto à pertinência das definições conceituais e operacionais dos componentes diagnósticos e a possível inclusão/exclusão de itens (HOSKINS, 1989; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

É relevante validar os conteúdos em populações específicas, para a revisão dos conceitos e dos indicadores clínicos com o intuito de produzir conhecimentos de relevância para a prática da enfermagem, pois os DE fornecem embasamento para a tomada de decisão em saúde e elaboração de intervenções efetivas (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012; HERDAMN; KAMTISURU, 2018).

No entanto, realizar um estudo de validação requer cautela no caminho metodológico, já que vieses como as opiniões pessoais e/ou informações retiradas de um cenário específico, que não refletem a realidade de outro contexto, podem interferir nos resultados das pesquisas. Assim, foram construídas novas abordagens que minimizam inconsistências com o objetivo de contribuir no aperfeiçoamento das classificações de diagnósticos de enfermagem e potencializar os resultados para transformá-los em ações (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). As pesquisas devem utilizar-se desses novos modelos.

As submissões de novos diagnósticos e as revisões dos existentes fortalecem a abrangência e as evidências que apoiam a terminologia da NANDA–I (HERDMAN; KAMTISURU, 2018). Portanto, estudar DE na população de mulheres durante o parto normal tem relevância por contribuir para uma linguagem comum e favorecer a comunicação universal.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo metodológico para validação de diagnóstico de enfermagem, o qual pode ser realizado em qualquer abordagem que discorra sobre fenômenos complexos, tais como o comportamento ou a saúde dos indivíduos. Além disso, desenvolve instrumentos, avalia ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Segundo Lopes, Silva e Araújo (2012), os estudos metodológicos para validar diagnósticos de enfermagem devem ser realizados em três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e a análise da acurácia de indicadores clínicos. Este estudo desenvolveu as duas primeiras etapas. Na análise de conceito, foi utilizado o procedimento metodológico proposto por Walker e Avant (2011), que recomendam uma Revisão Integrativa da Literatura. A Revisão Integrativa foi baseada na proposta de etapas de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

4.2 PRIMEIRA ETAPA: ANÁLISE DE CONCEITO

Os conceitos possuem atributos de caráter dinâmico, transformáveis na dimensão do tempo e contexto, sendo sua evolução influenciada pelo uso e aplicação nas realidades. A análise de conceito constitui uma das etapas necessárias para a validação diagnóstica, pois tem como finalidade a revisão e a reestruturação de seus conteúdos aplicados na prática profissional (WALKER; AVANT, 1995).

A partir dos conceitos diagnósticos, é possível compreender os fenômenos de saúde e, assim, determinar diagnósticos de enfermagem precisos, seja no âmbito individual ou coletivo. O conceito é o elemento central dos diagnósticos de enfermagem existentes e são influenciados por eventos culturais, históricos e contextuais em diferentes populações (HERDMAN; KAMTISURU, 2018).

Essa análise foi realizada com a finalidade de construir um conhecimento teórico por meio de uma revisão de literatura ampla para identificar os componentes básicos de um conceito (HOSKINS, 1989). Nela, determinaram-se os atributos críticos, que foram elementos usados para definir o diagnóstico, os antecedentes, que são os fatores relacionados, populações em risco e condições associadas que o desencadeiam; e os consequentes, que são

as evidências clínicas apresentadas, também chamadas de características definidoras. Todos esses elementos serão conceituados (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

A partir dos conceitos diagnósticos é possível compreender os fenômenos de saúde e, assim, determinar diagnósticos de enfermagem precisos, seja no âmbito individual ou coletivo. Portanto, o conceito é o elemento central dos diagnósticos de enfermagem existentes e são influenciados por eventos culturais, históricos e contextuais em diferentes populações (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Neste estudo, a análise de conceito se baseou no modelo proposto por Walker e Avant (2011), que tem sido o mais utilizado para as revisões e validações dos DE e é composto por oito etapas (WALKER; AVANT, 2011), a saber:

- 1- Seleção do conceito Etapa que deve refletir o interesse do pesquisador. É recomendável a escolha de um conceito que desperte atenção e esteja ligado à sua área de experiência profissional. Neste estudo, o conceito foi "Sentimento de Impotência".
- 2- Determinação dos objetivos da análise conceitual Essa fase refere-se à finalidade da realização da análise do conceito pretendido, o motivo pela qual a análise foi realizada. O objetivo desse estudo foi analisar o conceito de "Sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal;
- 3- Identificação dos possíveis usos do conceito Nessa etapa, recomenda-se que seja realizada uma Revisão da Literatura com a finalidade de ampliar os conceitos por meio de uma busca em diversas fontes de informação. O pesquisador deve extrapolar a literatura médica e de enfermagem, com dicionários, enciclopédias, livros e artigos científicos, entre outras fontes, minimizando viés (FERNANDES *et al.*, 2011);

A pergunta utilizada para a busca foi: "quais as evidências disponíveis na literatura sobre os atributos, antecedentes e consequentes do sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal?"

4- Determinação dos atributos críticos ou essenciais – Nesta etapa se recomenda a identificação de palavras ou expressões que aparecem repetidamente na literatura, que mostram a essência do conceito. A identificação dos atributos é utilizada para revisar a definição do diagnóstico. Nos casos em que o conceito é muito abstrato, como "Sentimento de Impotência", os seus atributos, geralmente, têm também alto grau de abstração (BRAGA; CRUZ, 2005).

A identificação dos atributos do conceito "sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal foi guiada pela seguinte pergunta: Quais os atributos identificados na literatura para o conceito "sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal?

- 5- Construção de um caso modelo Nesta etapa, sugere-se que seja elaborado um caso, baseado na realidade ou não, do uso do conceito, que inclua seus atributos essenciais. Deve ser o mais paradigmático possível. Esta etapa foi construída pela pesquisadora por meio da revisão integrativa da literatura.
- 6- Construção de casos adicionais Trata-se da construção de casos que influenciam no esclarecimento do conceito analisado, com diferenciação de atributos definidores e não definidores. Em geral, faz clara oposição aos valores do conceito. Neste estudo, o caso adicional foi do tipo contrário e elaborado após a conclusão da revisão integrativa pela pesquisadora.

As etapas de construção dos casos têm como objetivo clarificar o conceito do diagnóstico na população específica. Neste estudo, optou-se por construir os casos baseados na experiência da pesquisadora, que é Enfermeira Obstétrica e refere ter presenciado diversas situações nas quais o diagnóstico foi identificado.

7- Identificação de antecedentes e consequentes do conceito — é o levantamento de incidentes ou eventos que acontecem antes e depois do fenômeno. Após a revisão integrativa da literatura e a identificação dos atributos, foram identificados os antecedentes, que são os eventos que acontecem antes do conceito e correspondem aos fatores relacionados do diagnóstico, as populações em risco e as condições associadas; e os consequentes, que são os eventos que acontecem após o conceito e correspondem às características definidoras.

A identificação desses elementos na literatura foi realizada por meio das seguintes perguntas: Quais antecedentes (fatores relacionados, condições associadas e população em risco) contribuem para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal? Quais as consequências (características definidoras) do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" em mulheres durante o parto normal? Após a seleção dos antecedentes e consequentes identificados na literatura, esses elementos foram confrontados com os que já estão inclusos na NANDA-I e listados os novos.

8- Definição de referências empíricas – Fase final que favorece o uso do conceito de maneira acurada para a prática profissional, por meio da definição operacional. No caso de conceito abstrato, os indicadores empíricos dependem de medidas diretas, não são diretamente observáveis. Nesta etapa, foram construídas as definições operacionais e conceituais dos antecedentes e consequentes. Esses conceitos foram construídos por meio de uma busca ampliada em livros, artigos, dissertações, teses, manuais.

4.3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para a análise de conceito, o modelo proposto Walker e Avant propõe, na sua terceira etapa, uma Revisão de Literatura, que é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado. É uma análise de subsídios de forma ampla e sistemática, que proporciona a divulgação de dados científicos produzidos por outros autores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008) e, portanto, foi utilizada como estratégia para a identificação dos conceitos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Por meio desse método, é possível obter como produto final o estado atual do conhecimento a respeito do que é estudado e a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e na redução de custos, bem como na identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a construção desta revisão foram realizados seis passos, conforme o referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008):

1º passo - elaboração da pergunta norteadora - É a etapa mais importante da revisão e deve ser elaborada de forma clara, específica e incluir aporte teórico e raciocínios anteriormente aprendidos pelo pesquisador (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Ressalta-se que, para nortear a elaboração da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICo, que é um acrônimo para Participantes, tópico de Interesse e Contexto do estudo (Quadro 1), conforme orienta a atualização proposta pelo Instituto Joanna Briggs para formulação da pergunta de Revisões de estudos qualitativos, não-clínicos (JBI, 2008).

Para atingir o objetivo proposto, neste estudo, foi respondida a seguinte questão: "Quais as evidências disponíveis na literatura sobre os atributos, antecedentes e consequentes do sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal?"

Quadro 1- Estratégia PICo. Recife-PE, 2018.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Participantes	Parturiente
I	Tópico de interesse	Sentimento de impotência
Со	Contexto	Parto normal

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

2º passo - busca ou amostragem na literatura – nessa fase, realizam-se as buscas em bases de dados e se expõem os critérios de amostragem de modo a garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. Os critérios de inclusão e exclusão devem ser estabelecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim, os descritores utilizados para a busca foram: Parto Normal/ Parto Natural e Trabalho de Parto, consultados no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde; *Natural Childbirth*, *Parturition e Labor*, *Obstetric*, localizados no *Medical Subject Headings* (MeSH); O descritor não controlado 'Sentimento de Impotência' (em inglês, *Powerlessness feeling*; em espanhol, *Sentimiento de impotencia*) foi incluído em todos os cruzamentos. Ademais, utilizou-se os operadores booleanos "AND" e "OR" desse modo:

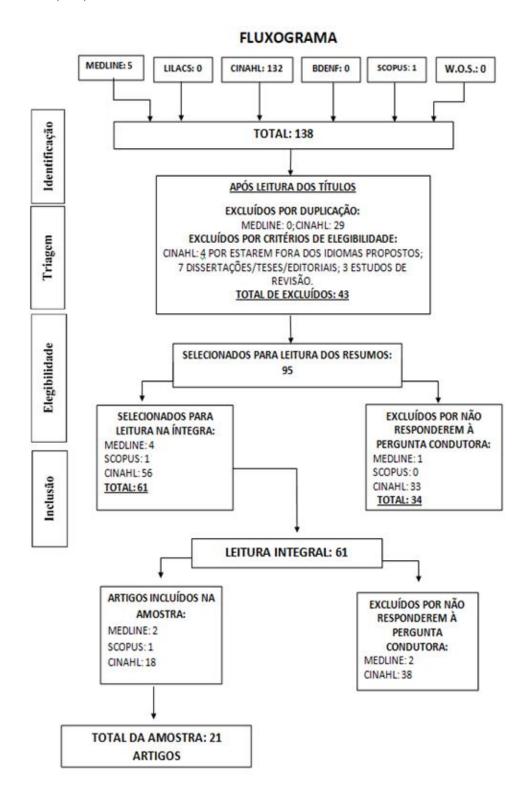
- 1. Parto normal OR parto natural AND Sentimento de impotência
- 2. Trabalho de parto AND Sentimento de impotência
- 3. Parto normal OR parto natural AND Sentimiento de impotentia
- 4. Trabajo de parto AND Sentimiento de impotentia
- 5. Natural Childbirth *OR* Parturition *AND* Powerlessness feeling
- 6. Labor, obstetric AND Powerlessness feeling

As bases de dados pesquisadas foram: MEDLINE, LILACS, CINAHL, BDENF, SCOPUS E WEB OF SCIENCE.

Neste estudo, os critérios de elegibilidade foram: abordar a temática relativa ao sentimento das mulheres durante o parto normal; ser artigo original no idioma de publicação inglês, português ou espanhol. Não foi feito recorte temporal. Foram excluídos os artigos de revisão, editoriais, dissertações, teses, cartas ao editor, resumos de anais e estudos que não respondiam a questão da pesquisa.

Dos 138 artigos encontrados, 117 foram excluídos por duplicação ou não estavam dentro dos critérios de elegibilidade. O total de artigos incluídos na amostra foi 21 (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma das etapas de seleção da amostra de artigos da Revisão Integrativa. Recife, PE, 2018.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

3º passo - coleta de dados - Para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado para servir como registro capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja captada, minimizar o risco de erros na transcrição e garantir precisão na checagem das informações (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim, foram coletados os seguintes dados: título do artigo, autores, país, ano de publicação, objetivos, principais resultados, características metodológicas e respostas às questões pertinentes a esta pesquisa.

4º passo - análise crítica dos estudos incluídos - Este passo demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Nesta pesquisa, os estudos foram analisados quanto ao rigor metodológico com o instrumento *Critical Appraisal Skills Programm* (CASP) - Programa para habilidades em avaliação crítica. Ele classifica os estudos em duas categorias: A (6 a 10 pontos) - boa qualidade metodológica e viés reduzido e, B (≥ 5 pontos) − qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado.

Ademais, foi avaliado o nível de evidência das pesquisas incluídas, de acordo com sete níveis, a saber (MELNYK; FINEOUT, 2011):

- Nível 1: revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
- Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
 - Nível 3: ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
 - Nível 4: estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
- Nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
 - Nível 6: evidência a partir de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível 7: opinião de autoridades baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas.
- **5º passo -** discussão dos resultados Nessa fase, a partir da análise e súmula dos resultados, os dados encontrados foram comparados ao da literatura com a finalidade de identificar possíveis lacunas do conhecimento e delinear prioridades para futuros estudos.

Foram explícitos os vieses e enfatizadas as conclusões e inferências do pesquisador para proteger a validade da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

6º passo - apresentação da revisão integrativa - A apresentação da revisão deve ser clara com a finalidade de permitir ao leitor um exame crítico dos resultados. As informações devem ser detalhadas sem omissões, com abordagem capaz de permitir a sucinta organização dos dados para facilitar a comparação dos estudos em tópicos específicos como problemas, variáveis e características da amostra (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os resultados desta revisão integrativa serviram como base para identificação dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito 'sentimento se impotência' em mulheres durante o parto normal.

4.4 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

A análise de conteúdo representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis, por isso é um passo essencial. Essa etapa consiste em julgar em que proporção os itens selecionados para medir uma construção teórica representam bem todas as facetas importantes do conceito a ser medido (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1999).

Essa é a etapa mais complexa do estudo na qual foi estimado o consenso dos juízes para cada indicador clínico do diagnóstico, no caso, no cenário de um parto normal. Trata-se de um processo desafiador, já que não é simples denominar alguém como expert em determinado assunto (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; HOSKINS, 1989). Além disso, apresenta limitações por ser um processo subjetivo.

A validação dos termos aconteceu mediante a obtenção dos pareceres de especialistas com experiência na temática em questão e os mesmos atuaram como peritos em relação ao conteúdo da definição do diagnóstico e da relevância dos Fatores relacionados, populações em risco, condições associadas e características definidoras sugeridas para o mesmo.

4.4.1 Seleção de especialistas

Não existe na literatura um consenso sobre o perfil dos especialistas. Entretanto, ter experiência clínica e conhecimento teórico acerca do tema são critérios importantes (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Nesse âmbito destaca-se a abordagem utilizada nesta pesquisa, conhecida como sabedoria coletiva ("*The Wisdom of Crowds*"), a qual considera o conhecimento compartilhado de um grupo superior à opinião de um expert, ou seja, mais relevante que o conhecimento individual, mesmo que este seja de um profissional com alto nível de expertise (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016).

Uma vantagem desta abordagem é que a seleção de participantes com diferentes níveis de conhecimento e experiência acerca do objeto de interesse assegura melhores resultados, por reduzir os erros relacionados às análises de conteúdo (LOPES; SILVA, 2016).

Para a classificação dos juízes quanto ao nível de expertise, foram consideradas as experiências prática e acadêmica com base nas recomendações de Benner, Tanner e Chelsea (2009), que consideram o grau de conhecimento em cinco níveis que vão do *novice* ao *expert*. Na Enfermagem, o primeiro nível é considerado aquele que segue regras e protocolos e o último, aqueles que, mais experientes, confiam em suas intuições. Segue explanação para compreensão da classificação (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009):

O primeiro grau, novice, é composto por juízes com conhecimento básico, que podem inferir julgamentos sem que haja experiência prévia no assunto de interesse e corresponde a inferências embasadas em intuição; o segundo, advanced beginner, se caracteriza pela objetividade e ideações mentais mais sofisticadas para aperfeiçoar o processo de julgamento. O juiz deste grau pode reconhecer instintivamente, de modo mais rápido, os elementos quando comparado ao nível de expertise anterior; o competence, terceiro grau, o juiz utiliza-se de sua prática e conhecimento prévio, novas concepções mentais e raciocínio crítico para emitir opinião. Ele é responsável por suas interpretações e dedica-se mais à análise de conteúdo; o proficient, que é o quarto grau de expertise, demonstra conhecimento baseado na realidade e utiliza-se ainda de intuição e raciocínio crítico para sua tomada de decisão, sendo mais lento no momento de inferir já que ainda não tem experiência suficiente quanto às possíveis ações relacionadas a uma determinada situação; o quinto nível, do expert, é considerado o mais elevado e caracteriza-se por profissionais mais maduros e com capacidade de diferenciação mais refinada. Eles refletem sobre perspectivas que lhes parecem evidentes e optam por ações que são mais apropriadas para atingir os objetivos (BENNER; TANNER; CHELSEA, 2009).

O Nível de Expertise (N) é representado pela fórmula N = (X + Y + Z)/3, sendo:

Tabela 1 - Cálculo do nível de expertise dos especialistas. Recife-PE, 2019

	Experiênc	ência Prática Experiência Acadêmica		Experiência Acadêmica		
			Conh	ecimento Científic	co (Z)	
Pontuação Tempo* de Prática (anos) (X)	Tempo* Grupo de Pesquisa (anos) (Y)	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	10-13	-	-	-	
5	29 ou mais	14 ou mais	-	-	-	

^{*}Intervalo de tempo calculado com base nos tempos mínimo e máximo de prática e grupo de pesquisa dos especialistas deste estudo.

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

Desse modo, o nível de expertise se dá pela média simples das pontuações obtidas nos critérios: Tempo de prática, Tempo em grupo de pesquisa e Conhecimento científico, sendo esse último estabelecido pelo somatório dos subitens: Titulação, Trabalho de titulação e Produção científica na área de DE e/ou obstetrícia. Os resultados que apresentaram média final com números decimais foram arredondados e, assim, foi realizada a correspondência da pontuação com o grau de expertise que vai do 1, novice, ao 5, expert. Ressalta-se que o cálculo feito para fim de nivelamento não foi utilizado como critério de inclusão e exclusão.

A definição do tamanho da amostra para a abordagem da sabedoria coletiva é fundamentada em fórmulas que estimem o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) baseado na média das avaliações de cada elemento a ser analisado (LOPES; SILVA, 2016). O cálculo foi feito por meio da fórmula:

$$n_0 = \left(\frac{Z_{1-x/2}.S}{e}\right)^2$$

Os parâmetros estabelecidos foram: nível de confiança (Z1-α/2) de 95%; desviopadrão (S) de 0,17; e erro amostral (e) de 0,07. Assim, a amostra mínima totalizou 22,6, aproximadamente 23 juízes/especialistas.

O recrutamento destes se deu por meio da ferramenta de busca da Plataforma *Lattes* do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com o auxílio dos termos: Estudos de validação de diagnósticos de enfermagem, enfermagem obstétrica e estudos com mulheres em trabalho de parto.

Para a busca, permitiu-se considerar também consultar o universo relacional das pesquisadoras e a utilização da amostragem do tipo "bola de neve" (*snowball sampling*), uma forma não probabilística que utiliza cadeias de referência e pode ser útil para pesquisar grupos difíceis de serem acessados, bem como quando não há precisão sobre sua quantidade (VINUTO, 2014). Dessa forma, foi solicitada aos especialistas a indicação de outros com perfil para fazerem parte do estudo.

Os critérios de inclusão foram enfermeiros com experiência acadêmica e/ou experiência prática com a temática de diagnóstico de enfermagem e/ou obstetrícia e psicólogos. Como critérios de exclusão consideraram-se os especialistas que não responderam a carta-convite e os que responderam o instrumento com preenchimento inadequado e não houve possibilidade de correção. Salienta-se que a amostra final foi composta por 29 especialistas (23 Enfermeiros e 06 psicólogos).

4.4.2 Procedimento para coleta de dados

Os especialistas foram convidados a participar do estudo por e-mail por meio de uma carta-convite (APÊNDICE A) com informações sobre o motivo pelo qual foram selecionados, o objetivo e a metodologia da pesquisa, bem como orientações sobre o instrumento e como este deveria ser analisado/avaliado. Para assegurar o número adequado de participantes e pensando em possíveis perdas, o convite foi enviado para o máximo de especialistas encontrados segundo os critérios preestabelecidos.

Aos que responderam a carta-convite com aceite para participação no estudo, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em formato tradicional de arquivo e em link pelo *Google forms* e, posteriormente, o instrumento em formato de documento do *Word* para ser respondido.

Na ocasião, foi solicitado aos especialistas que respondessem o instrumento em um prazo máximo de 20 dias. Após a data estabelecida, os que não haviam respondido foram contatados por e-mail com um novo prazo de 15 dias. Os que, ainda após esse prazo, não responderam, foram excluídos da pesquisa. No dia em que foi alcançado o número mínimo da amostra (23), obtiveram-se mais seis respostas, totalizando, portanto, 29, que, por sua vez, foram utilizadas na análise.

4.4.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C) foi dividido em duas partes: na primeira, constavam informações sobre o perfil do especialista: sexo, idade, local de trabalho, titulação, área e tempo de atuação, tempo de formação profissional, experiência na assistência e no ensino; na segunda parte do instrumento, continham as perguntas referentes à validação do diagnóstico de enfermagem Sentimento de Impotência: as características definidoras, os fatores relacionados, as condições associadas e as populações em risco encontrados no estudo com suas definições conceituais e operacionais e a definição do diagnóstico proposta pela NANDA – I (2018-2020) comparada às duas que foram elaboradas por meio da análise do conceito para que os especialistas selecionassem a mais adequada.

Os itens do instrumento foram julgados quanto à relevância, que é a propriedade que identifica o valor, o interesse ou a implicação da informação para o fim a que se propõe (AROUCK, 2011). O julgamento foi feito por meio de uma escala tipo Likert em cinco pontos: discordo totalmente (1), discordo parcialmente (2), nem concordo nem discordo (3); concordo parcialmente (4); concordo totalmente (5).

Quanto às definições conceituais e operacionais, construídas com o objetivo de serem consultadas pelos especialistas para uma melhor resposta acerca da relevância do item proposto, avaliou-se a clareza e a precisão. A clareza deve proporcionar perfeito entendimento por uma escrita clara e direta (APA, 2010); e a precisão se refere à informação livre de erro ou engano, conformidade à verdade ou a um padrão (AROUCK, 2011). Além disso, o instrumento possuía espaço para sugestões de inclusão, exclusão ou modificações de item.

4.4.4 Organização e análise de dados

Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel 2010 e analisados com o suporte do programa SPSS versão 21.0 e do software *R* versão 3.2.0. Para as variáveis categóricas, utilizou-se a estatística descritiva por meio do cálculo das frequências (relativas e absolutas) e para as variáveis numéricas, calculou-se a média, mediana e desvio padrão.

A análise do julgamento dos especialistas foi realizada por meio da escala tipo Likert de 1 a 5. Nesta etapa, para cada alternativa, as pesquisadoras atribuíram um peso correspondente, a saber: 1 equivale a 0; 2 equivale a 0,25; 3 equivale a 0,5; 4 equivale a 0 e 5 equivale a 1. A partir daí, foi realizada a média de cada item do instrumento (APÊNDICE C).

Ademais, foi verificada a normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. Devido a não normalidade dos dados, foi calculada a mediana ponderada das avaliações. A análise do especialista foi ponderada por seu nível de expertise. O índice de validade de conteúdo (IVC) foi calculado por meio do modelo diversidade preditiva, que é utilizado pela teoria da sabedoria coletiva no processo de análise dos julgamentos.

A avaliação se refere ao quanto o especialista considera aquele item relevante para o fenômeno em estudo. O modelo da diversidade preditiva quantifica as relações entre os julgamentos do grupo e as avaliações individuais. Os dados obtidos durante a análise de conteúdo pelos especialistas foram resultados das probabilidades individuais dos participantes do grupo durante o processo de raciocínio e inferência (LOPES; SILVA, 2016).

Foram apresentados Intervalos de Confiança (IC) de 95% e o Teste de Wilcoxon foi realizado para a mediana ponderada. Este teste considerou o IVC \geq 0,9 como valor de referência. Quando o teste de Wilcoxon foi > 0,05, os itens julgados pelos especialistas foram relevantes e quando < 0,05 foram irrelevantes e excluídos ou revisados conforme sugestões.

Não houve análise estatística das definições conceituais e operacionais julgadas quanto à clareza e precisão.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo obedeceu às normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). A coleta de dados foi realizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido conforme o modelo proposto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), após a aprovação sob o número do parecer 3.373.636/2019.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DE CONCEITO

Os resultados desta etapa foram organizados e divididos nos seguintes tópicos: caracterização dos estudos, identificação dos atributos críticos ou essenciais do sentimento de impotência, identificação dos antecedentes do sentimento de impotência, suas definições conceituais e referências empíricas (operacionais), identificação dos consequentes do sentimento de impotência e suas definições conceituais e referências empíricas (operacionais) e construção de um caso modelo e um caso adicional (tipo contrário).

5.1.1 Caracterização dos estudos

Dentre os estudos que embasaram a análise de conceito (APÊNDICE E), a maioria foi encontrada na base de dados CINAHL e publicada entre 2016 e 2018. Houve predomínio da língua inglesa. Quanto ao local de publicação, a maioria dos estudos foram realizados no Brasil, porém, a diversidade de países com pesquisas acerca do assunto foi considerável. Obteve-se estudo realizado em Israel, EUA, Reino Unido, Holanda, Suécia, Finlândia, Irã, Taiwan, Inglaterra, Noruega, Austrália e Turquia.

Acerca da avaliação do nível de evidência, verificou-se ainda a predominância de pesquisas com nível 6, que é a evidência a partir de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Em sequência, o nível 4 de evidência, que são estudos de coorte e de caso-controle bem delineados. Acrescenta-se que um dos estudos apresentou nível 2 de evidência, que contempla os derivados de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado (MELNYK; FINEOUT, 2011).

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

Variáveis	N=21	%
Base de dados		
CINAHL	18	85,72
MEDLINE	02	9,52
SCOPUS	01	4,76
Idioma		
Inglês	13	61,90
Português	08	38,10
País de publicação		
Brasil	08	38,10
Outros	13	61,90
Ano de publicação		
Até 2012	07	33,33
2013 a 2015	03	14,29
2016 a 2018	11	52,38
Nível de evidência		
II	01	4,76
IV	03	14,29
VI	17	80,95

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2019.

5.1.2 Identificação dos atributos críticos ou essenciais do sentimento de impotência

Os atributos do conceito sentimento de impotência foram extraídos dos artigos da revisão integrativa. A partir destes, foram construídas duas alternativas de novas definições para o diagnóstico de Enfermagem em estudo proposto NANDA-I, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Atributos do conceito sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal encontrados nos estudos. Recife-PE, 2019.

ATRIBUTOS Sensação de estar fora de controle/perder o controle, não ter a capacidade de tomar decisões, descrença no próprio corpo, relato verbal de incapacidade, não ter protagonismo no próprio parto, falta de autonomia.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

A definição do diagnóstico Sentimento de Impotência proposta pela taxonomia da NANDA-I contempla os atributos falta de controle, não ter a capacidade de tomar decisões, descrença no próprio corpo, relato verbal de incapacidade, não ter protagonismo no próprio parto e a falta de autonomia. Maiores detalhes estão apresentados no quadro 3.

Quadro 3 - Propostas de definição do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência por meio da análise de conceito. Recife-PE, 2019.

DEFINIÇÕES

Definição 1: "Sentimento de impotência", tem-se: Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado. (NANDA - I)

Definição 2: Experiência emocional de falta de controle sobre uma situação, percepção de que as próprias ações não afetam um resultado, sensação de incapacidade e comprometimento do protagonismo. (Análise de conceito)

Definição 3: Experiência emocional que resulta em sensação de incapacidade, comprometimento do protagonismo e falta de controle sobre a situação vivenciada. (Análise de conceito)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5.1.3 Identificação dos antecedentes do sentimento de impotência, suas definições conceituais e referências empíricas (operacionais)

Quadro 4 - Antecedentes ao sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal encontrados nos estudos. Recife-PE, 2019.

ANTECEDENTES

Violência obstétrica, cultura da medicalização, extremos de idade, primiparidade, vulnerabilidade social, indução do parto, distócia, anestesia, depressão, gestação múltipla, conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel, comunicação deficiente, rede de apoio social insuficiente, experiências pregressas negativas, expectativas irreais, pré-natal inadequado, ambiente Institucional disfuncional, dor, ser profissional de saúde, ansiedade e medo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Entre esses, já constam como fatores relacionados ao diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência, na taxonomia da NANDA-I: o 'ambiente institucional disfuncional', a 'rede de apoio social insuficiente' (descrito como 'apoio social insuficiente'), o conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel (descrito como conhecimento insuficiente para controlar a situação), a marginalização social, que corresponde a um tipo de vulnerabilidade social, a ansiedade e a dor.

A análise de conceito apresentou a vulnerabilidade social como população em risco. Esse componente, por sua vez, pode ser associado à população de desfavorecidos economicamente, proposta NANDA-I para o diagnóstico sentimento de impotência.

Doença, Doença progressiva, Imprevisibilidade do curso da doença e Regime de tratamento complexo são as condições associadas ao diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência que a NANDA–I apresenta (HERDMANN; KAMITSURU, 2018).

Deste estudo, apenas a Depressão se caracteriza, de fato, como doença. Contudo, a taxonomia classifica-a no diagnóstico em questão como uma característica definidora. Ademais, todos os itens sugeridos são condições clínicas/médicas não passíveis de resolução pela enfermagem e, portanto, se caracterizam como tal (HERDMANN; KAMITSURU, 2018). Esta pesquisa encontrou para a população específica as seguintes condições: indução do parto, a distócia no parto, o uso de analgesia, a depressão e a gestação múltipla.

Os antecedentes do conceito "Sentimento de impotência" foram agrupados e separados em "fatores relacionados", "populações em risco" e "condições associadas", conforme NANDA— I (2018-2020). Após o agrupamento foi construída a definição conceitual e operacional de cada item. Essas informações estão apresentadas nos quadros 5, 6 e 7.

Quadro 5 - Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

FATORES RELACIONADOS

1. Violência obstétrica

Definição conceitual:

Imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis que está diretamente relacionada à relação de poder que circunda o parto (OMS, 1996; ZANARDO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Definição operacional:

Relato de violência física e/ou psicológica, intervenções desnecessárias e desrespeito à individualidade da mulher.

2. Cultura da medicalização

Definição conceitual:

Referência cultural em que o ato médico é visto como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens. Processos considerados naturais se transformam em patológicos (CARVALHO *et al.*, 2015; BRASIL, 2018).

Definição operacional:

Relato de necessidade de se automedicar ou procurar um atendimento médico e/ou terapêutico, sem a real noção dos riscos dos fármacos e intervenções desnecessárias.

3. Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel

Definição conceitual:

Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas ao desempenho do papel, que pode resultar em participação inadequada no cuidado (BRASIL, 2013; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Definição operacional:

Percepção do déficit de conhecimento quando questionadas sobre o papel a ser desempenhado. Comportamento inapropriado e pouca participação no cuidado.

4. Comunicação deficiente

Definição conceitual:

Falha na emissão, transmissão ou recebimento de mensagens entre equipe de saúde e a mulher (PRONANDA, 2014; PORTELA et al., 2018).

Definição operacional:

Percepção do enfermeiro ou relato verbal da mulher de incompreensão ou ausência de comunicação eficaz.

Quadro 5 - Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

(continuação)

5. Ansiedade

Definição conceitual:

Sentimento vago e desagradável de apreensão, caracterizado por tensão, desconforto e preocupação ocasionado pela antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Esse sentimento passa a ser reconhecido como patológico quando ocorre de forma exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, ou diferente do que se espera como normal em determinada faixa etária e interfere na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário das pessoas (APA, 2014; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Definição operacional:

Relato de sentimento vago e desagradável de apreensão, caracterizado por tensão, desconforto e preocupação ocasionado pela antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Quando o relato de ansiedade é de curta duração, autolimitado e relacionado ao estímulo do momento, tem-se uma ansiedade considerada normal, do contrário, tem-se a patológica.

É possível ainda aplicar a escala IDATE que avalia o nível de ansiedade e foi validada na população específica.

6. Experiências pregressas negativas

Definição conceitual:

Experiência vivida anteriormente com desfechos emocionais negativos que podem gerar impacto sobre vivências atuais.

Definição operacional:

Relato de vivências negativas relacionadas a acontecimentos anteriores que, geralmente, são associados ao atual (HAYDU; FORNAZARI; ESTANISLAU, 2014).

7. Expectativas irreais

Definição conceitual:

Ato de esperar de algo/alguém/alguma situação o que foi idealizado pelo próprio imaginário mas não condiz com a realidade provável ou possível (RUDNICKI; SANCHEZ, 2014).

Definição operacional:

Relato que evidencia o desejo de que os acontecimentos fossem diferentes.

8. Pré-natal inadequado

Definição conceitual:

É aquele em que não são encontradas as realizações de estratégias de prevenção e promoção da saúde do binômio mãe-feto, não são garantidos os exames laboratoriais e número de consultas mínimo e há insatisfação das usuárias no atendimento às suas necessidades (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Quadro 5 - Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

(continuação)

Definição operacional:

O fator será avaliado quanto ao relato de insatisfação da gestante no atendimento durante as consultas e da não participação em estratégias de prevenção e promoção da saúde, além da apresentação de cartão pré-natal sem registro do número de consultas (mínimo 06) e realização de exames mínimos preconizados. Os exames de interesse materno-fetal de cunho específico na gestação são: hemograma, tipagem sanguínea, fator Rh, urina I, urocultura, sorologias, glicemia e ultrassonografia obstétrica.

9. Ambiente institucional disfuncional

Definição conceitual:

É um ambiente desfavorável à mulher em trabalho de parto em relação à estrutura física, ao atendimento inadequado dos profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência (BRASIL, 2001; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Definição operacional:

Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente.

Percepção do enfermeiro sobre as características do ambiente favorável/desfavorável.

10. Dor

Definição conceitual:

Experiência sensorial e emocional desagradável de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa. É variada e particular, pois depende da reação de cada pessoa. É provocada por um determinado estímulo que afeta receptores especializados (HERDMAN; KAMITSURU, 2018; SPERLING *et al.*, 2016).

Definição operacional:

Relato verbal de dor, expressão facial e corporal referente à dor.

Utilização de escala visual analógica de dor.

Para utilizar a EVA o profissional deve questionar à mulher quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pela mesma.

11. Ser profissional de saúde

Definição conceitual:

Exercer atividade laboral com fins de cuidado aos indivíduos (GOTTARDO; FERREIRA, 2015).

Definição operacional:

Checar informações acerca da ocupação da mulher.

52

Quadro 5 - Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e

suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

(continuação)

12.Medo

Definição conceitual:

Sensação de preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e identificado, real ou

imaginário. Em geral, a experiência do medo traz um complemento que torna concreto o

sentimento denotando a que está relacionado (PONDE, 2011; HERDMAN; KAMITSURU,

2018).

Definição operacional:

Relato de sensação de preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e

identificado.

Exemplos: Medo de intervenções, do parto, da violência, retaliação, da ausência de cuidados.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quadro 6 - Populações em risco para o diagnóstico de enfermagem "sentimento de

impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

POPULAÇÃO EM RISCO

1. Extremos de idade

Definição conceitual:

Na classificação de risco obstétrico, considera-se a gestante com até 19 anos no extremo de idade mínimo e com idade avançada, as gestantes com 35 anos ou mais (BRASIL, 2012; BRASIL,

2013).

Definição operacional:

Considerar data de nascimento da gestante.

Quadro 6 - Populações em risco para o diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

(continuação)

2. Primiparidade

Definição conceitual:

Estado ou condição da mulher que vai parir o primeiro filho (ZUGAIB, 2012).

Definição operacional:

Relato ou constatação por meio de anamnese de que a mulher está gestando/parindo o primeiro filho.

3. Vulnerabilidade Social

Definição conceitual:

Situação de fragilidade associada a fatores econômicos, sociais, culturais, pessoais (CARMO; GUIZARDI, 2018; THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA.2018)

Definição operacional:

Constatação do enfermeiro ou relato da mulher sobre características de vulnerabilidade em fatores econômicos, sociais, culturais ou pessoais.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quadro 7 - Condições associadas ao diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

CONDIÇÃO ASSOCIADA

1. Indução do parto

Definição conceitual:

Consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres com indicação específica (SOUZA *et al.*, 2013).

Definição operacional:

Verificar em prontuário a utilização de algum método de indução do parto.

Quadro 7 - Condições associadas ao diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

(continuação)

2. Distócia

Definição conceitual:

É toda dificuldade ou anormalidade que pode ser encontrada durante o trabalho de parto. É qualquer perturbação no bom andamento do parto em que estejam implicadas alterações dos fatores fundamentais: força motriz, objeto e trajeto (MONTENEGRO; REZENDE, 2010).

Definição operacional:

Identificar ou observar em prontuário os sinais clínicos da distócia por meio da ocorrência de alterações de fatores fundamentais do parto.

3. Analgesia

Definição conceitual:

Uso de substâncias que bloqueiam a dor e as sensações em uma parte do corpo e podem restringir movimentos. No parto normal, podem ser utilizadas a peridural e a raquidiana (CONITEC, 2016).

Definição operacional:

Observar registro em prontuário do uso de analgesia.

4. Depressão

Definição conceitual:

Transtorno mental caracterizado por tristeza persistente e pela perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas, acompanhadas da incapacidade de realizar atividades diárias habituais, domésticas, escolares ou sociais, durante pelo menos duas semanas (APA, 2014).

Definição operacional:

Observar registros de diagnóstico médico em prontuário e cartão pré-natal.

5. Gestação múltipla

Definição conceitual:

Gestação com presença de dois ou mais fetos no interior do útero (MONTENEGRO; REZENDE, 2010).

Definição operacional:

Observação do cartão pré-natal, exame ultrassonográfico, prontuário ou por meio da realização de exame físico.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5.1.4 Identificação dos consequentes do sentimento de impotência e suas definições conceituais e referências empíricas (operacionais)

A etapa de revisão de literatura investigou consequentes que se relacionam ao conceito. Os consequentes correspondem às características definidoras de um diagnóstico de enfermagem presente na Taxonomia da NANDA-I.

Assim, foram formuladas as definições conceituais e suas referências empíricas (definições operacionais) baseadas na literatura analisada sobre os consequentes do conceito (Quadros 8 e 9). Esses elementos foram também analisados quanto à correspondência com a taxonomia da NANDA- I. Para a construção de tais definições, contou-se com artigos e livros-textos adicionais, além da experiência clínica e acadêmica das pesquisadoras.

Quadro 8 - Consequentes do sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal encontrados nos estudos. Recife-PE, 2019.

CONSEQUENTES

Dependência na tomada de decisões, descrença no próprio corpo, sensação de perda do controle, passividade às intervenções, sentimento de insegurança, sentimento de frustração, sentimento de fracasso, angústia, desesperança e medo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As Características definidoras que a NANDA-I traz para o DE Sentimento de Impotência são: alienação, dependência, depressão, dúvida em relação ao desempenho do papel, frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores, participação inadequada no cuidado, sensação de controle insuficiente e vergonha (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Este estudo corrobora com a NANDA-I na característica do sentimento de frustração; na 'sensação de controle insuficiente', que foi identificada como 'sensação de perda do controle'; corrobora com a 'dependência', que, na população de mulheres durante o parto normal, refere-se à tomada de decisões. Ademais, a 'dúvida em relação ao desempenho do papel' (NANDA-I) pode ser relacionada com o 'sentimento de insegurança' encontrado (análise de conceito); e a 'participação inadequada no cuidado' com a 'passividade às intervenções'.

Quadro 9 - Características definidoras do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

1. Dependência na tomada de decisões

Definição conceitual:

Forma de comportamento que sugere incapacidade de tomar decisões sozinha (PRONANDA, 2014).

Definição operacional:

Relato de incapacidade de tomar decisões sozinha.

2. Descrença no próprio corpo

Definição conceitual:

Sentimento de insegurança em relação ao potencial do corpo para realizar o que é fisiológico (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Definição operacional:

Relato de descrença e insegurança no potencial do corpo para realizar o que é fisiológico.

3. Sensação de perda do controle

Definição conceitual:

Sentimento de incapacidade de atuar sobre as próprias ações conscientemente (PRONANDA, 2014).

Definição operacional:

Relato verbal de sensação de perda de controle.

4. Passividade às intervenções

Definição conceitual:

Ato de estar inerte e não tomar atitudes para resolver problemas, sob influência de circunstâncias, pessoas ou fatores externos. Estar passivo às intervenções é considerar o saber e escolha de conduta profissional superior ao seu desejo, ficando vulnerável a intervenções (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

Definição operacional:

Percepção do enfermeiro ou relato da mulher de passividade, permissividade e ausência de questionamentos durante as intervenções.

Ou solicitação da mulher por intervenções consideradas desnecessárias.

Quadro 9 - Características definidoras do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

(continuação)

5. Sentimento de insegurança

Definição conceitual:

Sentimento de falta de confiança, de estar em risco ou desprotegido (PRONANDA, 2014).

Definição operacional:

Relato de sentimento de falta de confiança, de estar em risco ou desprotegido.

6. Sentimento de frustração

Definição conceitual:

Sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado (PRONANDA, 2014).

Definição operacional:

Relato de sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado.

7. Sentimento de fracasso

Definição conceitual:

Sentimento de perda ou mau êxito na conclusão de um objetivo (PRONANDA, 2014).

Definição operacional:

Relato de sentimento de perda ou mau êxito na conclusão de um objetivo.

8. Angústia

Definição conceitual:

Sensação psíquica desagradável, quase sempre acompanhada de opressão precordial (PRONANDA, 2014).

Definição operacional:

Relato de sensação desagradável, geralmente acompanhada de opressão precordial e mal estar.

9. Desesperança

Definição conceitual:

Sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero (PRONANDA, 2014).

Definição operacional:

Relato de sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero.

Quadro 9 - Características definidoras do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" e suas definições conceituais e operacionais. Recife-PE, 2019.

(continuação)

10. Medo

Definição conceitual:

Sensação de preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e identificado, real ou imaginário. Em geral, a experiência do medo traz um complemento que torna concreto o sentimento denotando a que está relacionado (HERDMAN; KATMISURU, 2018; PONDE, 2011).

Definição operacional:

Relato de sensação de preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e identificado.

Exemplos: medo de não conseguir, de complicações, da morte, da condição do bebê se tornar desfavorável.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5.1.5 Construção de um caso modelo e um caso adicional (tipo contrário)

O caso modelo e o caso adicional a seguir foram construídos com base nas experiências da pesquisadora, que é Enfermeira Obstétrica, e refere ter presenciado situações de identificação do sentimento de impotência no cenário do parto normal. O caso modelo exemplifica os atributos do sentimento de impotência com o objetivo de clarificar o conceito do diagnóstico na população específica e o caso contrário clarifica a não ocorrência do mesmo e evidencia comportamento característico de quem não apresenta o DE sentimento de impotência, o que facilita a compreensão.

✓ Caso modelo:

J.S.A.C., 16 anos, interiorana de PE, é primigesta. Chega ao hospital de referência para parto no início da fase ativa do trabalho de parto depois de ter ido diversas vezes à maternidade em "alarmes falsos". A mesma apresenta-se ansiosa e não tem um acompanhante que lhe apoie. Ao avaliar o cartão pré-natal, nota-se que J.S.A.C. teve apenas cinco consultas e sequer lembrava o nome da profissional que a atendera, fato que demonstra não ter criado vínculo. Ao conversar com ela, foi possível identificar o medo do parto em seu discurso que contava sobre a descrença na capacidade do próprio corpo, visto que as mulheres da sua família não conseguiram parir. O hospital ao qual ela se reportou não

conduz a assistência com métodos não farmacológicos para o alívio da dor, o cuidado é impessoal devido à superlotação e não há privacidade no ambiente em que as mulheres passam pelo trabalho de parto. Durante o evento, J.S.A.C demonstrou falta de autonomia, perda do controle, não assumiu o papel de protagonista em nenhum momento e relatava ser incapaz de tomar decisões. Durante o tempo que passou na maternidade, sofreu violência. A mesma relatava não saber o que deveria fazer, gritava que não iria conseguir parir, que era incapaz de dar a luz ao seu filho. Solicitava a todo o momento que encontrava um profissional que lhes "ajudasse" por meio de intervenções e relatava sua dor, angústia e desespero. Teve um trabalho de parto considerado prolongado, ainda assim, chegou ao momento onde conseguiu parir, após ter recebido diversos tipos de intervenção. No alojamento conjunto, a adolescente repetia que não desejaria um parto a ninguém, relatava experiência negativa e a única citação positiva havia sido o término da vivência.

✓ Caso contrário:

L.M.N.A.M., 28 anos, está grávida do seu segundo filho. No primeiro, teve um parto natural em uma maternidade de referência em humanização da capital. Decidiu, junto com sua família, que nesta próxima gestação, buscaria a experiência de um parto domiciliar. A mesma realizou nove consultas de pré-natal e participou de rodas de conversa com o grupo de enfermeiras obstétricas que escolheu para lhe dar assistência. Contratou também uma doula com quem se sentiu muito à vontade e confiante. Ao se aproximar o dia provável do parto, ela, apesar de ansiosa para conhecer o seu bebê, prosseguia estudando e vivenciando momentos de conexão com seu corpo, com seu filho. Ao dar início ao trabalho de parto, informou a sua equipe e ficou tranquila no seu ambiente familiar. Ao seu tempo, cada etapa do trabalho de parto foi acontecendo e L.M.N.A.M. permanecia tranquila apesar da dor, que foi aliviada com métodos não farmacológicos e realizava exercícios à medida que sentia necessidade. O nascimento aconteceu após 16 horas de trabalho de parto e a puérpera, nas primeiras horas, se emocionou e relatava com autonomia e alegria a sua experiência positiva.

Os resultados da análise de conceito foram sintetizados em um instrumento elaborado pelas pesquisadoras para ser submetido à análise de conteúdo por especialistas. O mesmo foi composto pelos elementos identificados na análise, correlacionados com os fatores relacionados, populações em risco, condições associadas e características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem e as definições conceituais e operacionais de cada item.

5.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

Os resultados desta etapa foram organizados e divididos nos seguintes tópicos: caracterização dos especialistas, definição do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência, análise da relevância dos fatores relacionados (antecedentes), das populações em risco (antecedentes), das condições associadas (antecedentes) e das características definidoras (consequentes) do diagnóstico de enfermagem "sentimento de impotência" durante o parto normal.

5.2.1 Caracterização dos especialistas

O grupo de especialistas foi composto por seis psicólogos (20,7%) e 23 enfermeiros (79,3%), dos quais, 20 (69%), são enfermeiros Obstetras. O sexo feminino predominou na amostra (93,1%). Em relação à região de trabalho, mais de 86% localizam-se no Nordeste brasileiro, mas houve inclusão de especialistas das regiões Sudeste e Centro-oeste. No que diz respeito à titulação, 14(48,3%) apresentaram grau de especialização e 11 (37,9%) possuíam título de mestres. Já sobre o campo de atuação profissional dos especialistas, tem-se que 24 (82,8%) atuam na assistência e mais da metade atuam na docência, sendo alguns concomitantemente.

Em relação ao nível de expertise, o maior percentual (44,8%) da amostra foi na classificação como nível 2, iniciante avançado e todos os psicólogos (20,7%) classificaram-se no nível 1 (*novice*). Foi possível observar que a amostra contou com especialistas em todos os níveis.

Todos os enfermeiros utilizam ou já utilizaram diagnósticos de enfermagem na prática – seja clínica, seja acadêmica. Aproximadamente 74% desses já ministraram disciplina na área de obstetrícia. Acrescenta-se que 26 especialistas (89,7%), entre psicólogos e enfermeiros já presenciaram sentimento de impotência em suas práticas e 58,6% deles já identificaram esse sentimento no contexto do parto.

A Tabela 3 apresenta a síntese dessa caracterização descrita acerca dos 29 especialistas que compuseram a amostra.

Tabela 3 - Caracterização dos especialistas da validação do Diagnóstico de Enfermagem sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal. Recife, 2019.

Variáveis	N	%
1. Sexo		, ,
Feminino	27	93,10
Masculino	2	6,90
2. Ocupação atual		0,70
Enfermeiro	23	79,30
Psicólogo	6	20,70
3. Titulação		20,70
Especialista	14	48,30
Mestre	11	37,90
Doutor	4	13,80
4. Especialização Enfermagem Obstétrica		13,00
Sim	20	69,0
Não	9	31,0
5. Região de Trabalho		51,0
Nordeste	25	86,20
Sudeste	3	10,30
Centro-oeste	1	3,40
6. Atuação	1	3,40
Assistência	12	41,40
Assistência e docência	12	41,40
Docência	5	17,20
7. Nível de expertise		17,20
Novato	6	20,7
Iniciante avançado	13	44,30
Competente	5	17,20
Proficiente	4	10,30
Expert	2	6,90
Expert	2	0,90
8. Sentimento impotência identificado na prática		
Sim	26	89,70
Não	3	10,30
1140	3	10,50
9. Sentimento de impotência identificado no parto		
Sim	17	58,60
Não	17	41,40
10. Disciplina na área de Obstetrícia ministrada	12	71,70
Sim	17	58,60
Não	17	41,40
	12	71,40
11. Disciplina na área de Diagnóstico de Enfermagem ministrada	1 /	40.20
Sim	14	48,30
Não	9	31,00
Não se aplica Fenta: Elaborado palas autoras, 2020	6	20,70

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

5.2.2 Definição do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência

Em relação às definições construídas e postas para avaliação dos especialistas, 58,6% consideraram a definição 3 – construída na análise de conceito – como a mais adequada ao Diagnóstico de enfermagem 'Sentimento de Impotência'; 31% escolheram a definição 2 – também construída na análise de conceito e 10, 3%, elegeram a definição proposta pela NANDA como melhor (Tabela 4).

Tabela 4 – Definição para o diagnóstico de enfermagem Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal. Recife, 2019.

Variáveis	N	%
1. Definição estabelecida pela NANDA-I	3	10,3
2. Definição 1 sugerida para o DE	9	31,0
3. Definição 2 sugerida para o DE	17	58,6

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

A avaliação pelos especialistas evidenciou a incompletude da definição proposta pela NANDA-I: "Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado". Considerou-se o termo experiência emocional mais adequado que experiência vivida. Além disso, ficou evidente a importância de citar o comprometimento do protagonismo.

Com isso, das duas novas definições sugeridas para o DE em estudo, os especialistas consideraram a definição 2 a mais adequada: "Experiência emocional que resulta em sensação de incapacidade, comprometimento do protagonismo e falta de controle sobre a situação vivenciada".

5.2.3 Análise da relevância dos fatores relacionados (antecedentes) do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal.

De acordo com a análise, as variáveis 'Expectativas irreais' e 'Ser profissional de saúde' apresentaram inadequação quanto à relevância, uma vez que o nível de significância do teste de Wilcoxon foi< 0,05 (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise dos Fatores relacionados ao Diagnóstico de enfermagem Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal quanto à relevância. Recife, 2019.

Fator relacionado	Teste de Shapiro- Wilk		IV	IC95%		Teste de Wilcoxon			
rator relacionado	W	Valor p	C	1095%		10,5570		V	Valo rp
Violência Obstétrica	0,37	<0,001	1,00	1,00	1,00	1891	1,000		
Cultura da Medicalização	0,61	<0,001	1,00	0,87	1,00	1225	0,545		
Conhecimento insuficiente sobre		< 0,001							
o desempenho do papel	0,57		1,00	0,88	1,00	1378	0,860		
Comunicação deficiente	0,57	<0,001	1,00	0,88	1,00	1378	0,860		
Ansiedade	0,44	<0,001	1,00	1,00	1,00	1711	0,999		
Experiências pregressas negativas	0,43	<0,001	1,00	1,00	1,00	1770	1,000		
Expectativas irreais	0,73	<0,001	0,87	0,75	0,88	780	0,004		
Pré-natal inadequado	0,65	<0,001	0,88	0,75	1,00	1081	0,217		
Ambiente institucional									
disfuncional	0,62	< 0,001	0,88	0,87	1,00	1081	0,217		
Dor	0,41	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	0,998		
Ser profissional de saúde	0,88	<0,001	0,50	0,38	0,50	105	0,000		
Medo	0,10	<0,001	1,00	1,00	1,00	2346	1,000		

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

Os especialistas não compreenderam ou não concordaram com a associação do 'ser profissional de saúde' como fator relacionado adequado ao sentimento de impotência e sugeriram a retirada do item.

O termo 'Pré-natal inadequado' foi citado por especialistas como um fator a ter cautela visto que pode ser mais um indicador de culpabilização da mulher. E o item 'Violência Obstétrica' foi considerado relevante com concordância máxima entre os especialistas, além disso, sugeriram destacar essa ocorrência e ampliar o debate acerca do reconhecimento desse tipo de violência.

Houve ainda sugestão de alteração de descrição de itens validados: de "Ambiente Institucional disfuncional" para "Ambiente desfavorável", o que se justifica pelo fato de que nem todo ambiente não institucional será favorável para o parto. Os especialistas recordaram a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o ambiente favorável para o parto ser aquele no qual a gestante se sente mais segura. Além disso, foi sugerida mudança de "Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel para "Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel no cuidado compartilhado."

5.2.4 Análise da relevância das populações em risco do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal

Sobre as populações em risco, somente "extremos de idade" não foi considerado relevante. Outros dados estão descritos na tabela 6.

Tabela 6 – Análise das Populações em Risco para o Diagnóstico de enfermagem Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal quanto à relevância. Recife, 2019

Danulação em Digos	Teste de	Teste de Shapiro-Wilk		IC9	50/	Teste de	e Wilcoxon	
População em Risco	W	Valor p	- IVC	109	570	V	Valorp	
Extremos de idade	0,80	<0,001	0,75	0,63	0,87	465	0,000	
Primiparidade	0,60	<0,001	0,88	0,88	1,00	1176	0,423	
Vulnerabilidade Social	0,52	<0,001	1,00	0,88	1,00	1275	0,665	

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

Alguns especialistas questionaram a importância da idade (adolescentes ou mulheres acima de 35 anos) no contexto do sentimento de impotência e alguns sugeriram a retirada do item. Especialistas ainda puseram em análise o fato de que as mulheres mais maduras se preparam de forma mais adequada para o parto (segundo a própria prática) e sugeriram que o fator idade, exclusivamente, não estaria relacionado ao sentimento de impotência.

Foi sugerida ainda a inclusão da etnia como população em risco justificada pelas evidências de que mulheres negras e pardas sofrem mais violência obstétrica e teriam maior risco de apresentar Sentimento de impotência (LEAL *et al.*, 2014; THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018). Apesar da importância da discussão sobre etnia, as pesquisadoras compreendem que essa população está incorporada nas vulnerabilidades sociais e, portanto, não foi incluída de maneira específica. Ademais, houve ainda a sugestão de troca de "vulnerabilidade social" por "vulnerabilidade em saúde" e esta foi acatada.

5.2.5 Análise da relevância das condições associadas (antecedentes) do sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal.

Com relação às condições associadas, três itens foram considerados relevantes para o diagnóstico em questão (indução do parto, distócia e depressão) e dois não apresentaram valores estatisticamente significantes (analgesia e gestação múltipla), conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7 - Análise das Condições associadas ao Diagnóstico de Enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal quanto à relevância. Recife, 2019.

Candiaão aggasiado	Teste de Shapiro-Wilk		- IVC	ICO)5% -	Teste de Wilcoxon	
Condição associada	W	Valor p	- IVC	ICS	5%	V	Valorp
Indução do parto	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00	1378	0,860
Distócia	0,44	<0,001	1,00	1,00	1,00	1711	0,999
Analgesia	0,77	<0,001	0,75	0,75	0,87	561	0,000
Depressão	0,52	<0,001	1,00	0,88	1,00	1485	0,962
Gestação múltipla	0,82	<0,001	0,75	0,75	0,87	351	0,000

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

A sugestão da gestação múltipla como condição associada ao sentimento de impotência foi excluída devido a não ter sido validada como relevante (p<0,05). Os especialistas argumentaram que a ocorrência do diagnóstico não estaria associada com o fato de gestar gemelares, mas à classificação destas mulheres enquanto gestantes de alto risco. Associou-se a este argumento a população em risco dos extremos de idade, que não foi considerada relevante pelo mesmo motivo e reforçou-se a sugestão de adicionar tal condição. Desse modo, as pesquisadoras concordaram em incluir "Gestação de Alto Risco" como condição associada ao sentimento de impotência.

A condição associada "analgesia" gerou sugestões contraditórias dos especialistas. A maioria não apresentou concordância com o item, alguns a defenderam como fator protetor ao sentimento de impotência, um apoio importante para as mulheres que deveria ser um direito caso fosse desejada e solicitada pela mesma e sugeriram como condição associada a ausência de analgesia. Por outro lado, outros defenderam que a busca pelo parto natural interpelada por esta intervenção pode gerar sentimento de impotência, mas que não há evidências suficientes para apoiar essa informação, portanto, sugeriram retirada ou se abstiveram de opinião. Além disso, tal item apresentou p<0,05 e foi excluído da lista de condições associadas.

A depressão, apesar de considerada apropriada pela maioria dos especialistas, gerou discordâncias e sugestões. Um deles ressaltou que não consideraria a depressão como

condição associada (antecedente) do sentimento de impotência, visto que o parto é uma situação específica e as mulheres podem se comportar de maneira completamente adversa ao seu modo natural.

Além disso, alguns evidenciaram o fato de que a Depressão já compõe este diagnóstico de enfermagem como característica definidora, porém, concordaram que sua localização como como condição associada é mais apropriada, sobretudo por se tratar de uma doença. Outrossim, complementaram que para classificar-se como característica definidora deveria ser nomeado "Sintomas depressivos" visto que estes podem estar presentes até mesmo em quem não possui a doença e que a definição de características definidoras indica, justamente, sinais e sintomas. Diante das sugestões e inconsistências, as autoras deste estudo concordaram em manter a Depressão como condição associada.

5.2.6 Análise da relevância das características definidoras (consequentes) do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência durante o parto normal.

Sobre a análise das características definidoras, todas mostraram-se relevantes para o Sentimento de Impotência, conforme dados da tabela 8.

Tabela 8 – Análise das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal quanto à relevância. Recife, 2019.

Connectowistics definidence	Teste de Shapiro-Wilk		IVC	IC95%	Teste de	Teste de Wilcoxon	
Característica definidora	W	Valor p	- IVC	1095%	V	Valorp	
Dependência na tomada de decisão	0,59	<0.001	1,00	0,87 1,00	1225	0,545	
Descrença no próprio corpo	0,48	<0,001	1,00	1,00 1,00	1596	0,994	
Sensação de perda de controle	0,35	< 0,001	1,00	1,00 1,00	1953	1,000	
Passividade às intervenções	0,57	< 0,001	1,00	0,88 1,00	1378	0,860	
Sentimento de insegurança	0,40	<0,001	1,00	1,00 1,00	1830	1,000	
Sentimento de frustração	0,53	< 0,001	1,00	0,88 1,00	1485	0,962	
Sentimento de Fracasso	0,58	< 0,001	1,00	0,88 1,00	1275	0,665	
Angústia	0,48	< 0,001	1,00	1,00 1,00	1540	0,983	
Desesperança	0,53	< 0,001	1,00	0,88 1,00	1485	0,962	
Medo	0,10	<0,001	1,00	1,00 1,00	2346	1,000	

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2020.

Quantos às sugestões qualitativas, um especialista sugeriu alterar "Descrença no próprio corpo" para "Descrença na capacidade do próprio corpo" e esta mudança foi acatada pelas autoras, visto que não altera a intencionalidade e clarifica para melhor entendimento.

5.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS E ESTRUTURA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM APÓS ANÁLISE

Dos 20 antecedentes, seis já se encontravam na NANDA – I. Além disso, 12 caracterizaram-se como fatores relacionados e após a análise dos especialistas, 10 foram apropriados quanto a relevância; 3 enquadraram-se como populações em risco e após julgamento, permaneceram 2; 5 foram consideradas condições associadas e os especialistas atribuíram relevância a 3. Os elementos não validados foram excluídos. Os 10 consequentes correlacionados com as características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem foram considerados relevantes pelos especialistas. Cinco destes já estavam incluídos na NANDA –I. De modo geral, foram sugeridas e aceitas 4 modificações na descrição dos itens e uma inclusão (Quadros 10 e 11).

Quadro 10 - Relação dos antecedentes da NANDA-I com os da análise de conceito. Recife, 2020

ANTECEDENTES DA ANÁLISE DO CONCEITO	ELEMENTOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA – I)	MODIFICAÇÕES, INCLUSÕES OU EXCLUSÕES APÓS ANÁLISE DE CONTEÚDO PELOS ESPECIALISTAS
	<u>Fatores Relacionados</u>	
Violência obstétrica	Não consta na Taxonomia	-
Cultura da medicalização	Não consta na Taxonomia	-
Conhecimento insuficiente	Conhecimento insuficiente	Conhecimento insuficiente
sobre o desempenho do papel	para controlar a situação	sobre o desempenho do papel no cuidado compartilhado
Comunicação deficiente	Interações interpessoais	

	insuficientes	-
Rede de apoio social insuficiente	Apoio social insuficiente	-
Experiências pregressas negativas	Não consta na Taxonomia	-
Expectativas irreais	Não consta na Taxonomia	Item excluído
Pré-natal inadequado	Não consta na Taxonomia	-
Ambiente Institucional	Ambiente institucional	Ambiente desfavorável
disfuncional	disfuncional	
Dor	Dor	-
Ser profissional de saúde	Não consta na Taxonomia	Item excluído
Ansiedade	Não consta na Taxonomia	-
Medo	Não consta na Taxonomia	-
	Populações em risco	
Extremos de idade	Não consta na Taxonomia	Item excluído
Primiparidade	Não consta na Taxonomia	-
Vulnerabilidade social	Desfavorecidos	Vulnerabilidade em Saúde
	Economicamente	
	Condições associadas	
Indução do parto	Não consta na Taxonomia	-
Distócia	Não consta na Taxonomia	-
Anestesia	Não consta na Taxonomia	-
Depressão	Na Taxonomia é característica	Item excluído
	definidora	
Gestação múltipla	Não consta na Taxonomia	Item excluído
Gestação de Alto risco	Não consta na Taxonomia	Item incluído

Quadro 11 - Relação dos consequentes da NANDA-I com os da análise de conceito. Recife, 2020

CONSEQUENTES DO CONCEITO	ELEMENTOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	MODIFICAÇÕES OU EXCLUSÕES
	Características definidoras	
Dependência na tomada de decisões	Dependência	-
Descrença na capacidade do	Não consta na Taxonomia	Descrença na
próprio corpo		capacidade do próprio
		corpo
Sensação de perda do controle	Sensação de controle	-
	insuficiente	
Passividade às intervenções	Participação inadequada no	-
	cuidado	
Sentimento de insegurança	Dúvida em relação ao	-
	desempenho do papel	
Sentimento de frustração	Frustração quanto à	-
	incapacidade de realizar	
	atividades anteriores	
Sentimento de fracasso	Não consta na Taxonomia	-
Angústia	Não consta na Taxonomia	-
Desesperança	Não consta na Taxonomia	-
Medo	Não consta na Taxonomia	-

Após as análises, o diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência no contexto de mulheres durante o parto normal apresenta nova estrutura (Quadro 10).

Quadro 12 - Estrutura do Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal.

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA					
DOMÍNIO 9: Enfrentamento/Tolerância ao estresse		CLASSE 2: Respost	a ao enfrentamento		
	periência emocional qu o protagonismo e falta d				
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS • Dependência na tomada de decisões; • Descrença na capacidade do próprio corpo; • Sensação de perda do controle; • Passividade às intervenções; • Sentimento de insegurança; • Angústia; • Desesperança; • Sentimento de Frustração; • Sentimento de Fracasso; • Medo.	FATORES RELACIONADOS Violência Obstétrica; Cultura da Medicalização; Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel no cuidado compartilhado; Comunicação deficiente; Rede de apoio social insuficiente; Ansiedade; Experiências pregressas negativas; Pré-natal inadequado; Ambiente desfavorável; Medo.	POPULAÇÕES EM RISCO • Vulneráveis em Saúde; • Primíparas.	CONDIÇÕES ASSOCIADAS Indução do parto; Distócia; Depressão Gestação de Alto Risco.		

6 DISCUSSÃO

6.1 ANÁLISE DE CONCEITO

É perceptível que os estudos dos sentimentos e subjetividades em relação ao parto normal são uma necessidade universal e que, culturalmente, houve mudanças consideráveis em diversos contextos. Isso resultou que a mulher em seu momento de maior vulnerabilidade – o nascimento dos seus filhos – se tornasse objetos de diversas pesquisas.

A sensação de perda do controle e o relato verbal de incapacidade foram definidos como atributos do conceito 'sentimento de impotência'. Este fato reforça que desde que as gestantes foram colocadas em dúvida sobre a própria capacidade de parir de modo natural, emoções negativas como o sentimento de impotência se apoderaram delas e trouxeram sensações contrárias ao empoderamento e autoafirmação desse momento (BALASKAS, 2017; GOTARDO, 2018).

Os resultados deste estudo corroboram com essa reflexão, pois, como atributo, foi identificado também o fato de a mulher não ter protagonismo, autonomia, nem capacidade de tomar decisões sozinha. Sabe-se que nos últimos anos, muito se tem buscado pelo movimento da humanização do parto e nascimento para que as mulheres tenham autonomia nesse evento e tomem decisões sobre seu próprio corpo a partir das suas escolhas. Essa capacidade gera protagonismo, pois a mulher passa a acreditar nas possibilidades do seu corpo e na fisiologia e se sente no controle da situação (MEDEIROS et al., 2016).

. Desse modo, é necessário estudar diversas formas de abordagem e resgate do protagonismo dessas mulheres. Dentre essas abordagens, está o estudo das emoções que as perpassam, pois os sentimentos que permeiam o fenômeno do nascimento agem na descarga hormonal fisiológica essencial para a ocorrência do parto (BALASKAS, 2017).

De fato, alguns atributos identificados na pesquisa estão diretamente relacionados à população específica estudada, portanto, na proposta de reconstrução da definição, levou-se em consideração o que poderia ser atributo das diversas condições nas quais o diagnóstico pode ser utilizado.

Assim, tem-se que as definições construídas dão mais consistência ao conceito, principalmente por focarem no comprometimento do protagonismo, que interfere no compartilhamento do cuidado, já que o sentimento de impotência causa prejuízo à autonomia

dos sujeitos. A perda do protagonismo no parto está relacionada com a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas. Este assunto não pode estar desvinculado da assistência, porque se estaria repetindo a exclusão que a mulher sofre no momento de parturição (BRASIL, 2001).

Quanto aos fatores relacionados à ocorrência do sentimento de impotência, foi encontrado 'rede de apoio social insuficiente'. Esse antecedente é relevante na população de mulheres durante o parto, pois avaliar as características da rede social permite melhor compreensão das relações e instrumentaliza profissionais na mobilização dessas redes para o bem-estar da gestante. Essa atenção é importante visto que a ineficácia da rede social pode levar ao agravamento ou perduração da condição negativa à vida. A partir do reconhecimento da rede social ineficaz, abre-se a possibilidade de desenvolver ações de fortalecimento dos vínculos e intervenções educacionais para alcançar resultados saudáveis (FRANÇA *et al.*, 2018).

Dentro da rede social da gestante, durante o parto normal, destaca-se a presença do acompanhante de sua escolha. A OMS, desde 1985, recomenda essa prática e, pouco tempo depois, com base nas evidências científicas, foi classificada no *Care in normal birth: a practical guide*, na categoria A – claramente úteis e que devem ser encorajadas. A adoção desta recomendação, pelas instituições de saúde, possibilita que toda mulher tenha o apoio de uma pessoa de confiança, pertencente a sua rede social (OMS, 1985; BRUGGEMANN *et al.*, 2015).

A proibição da presença do acompanhante no cenário do parto impede que o direito da mulher seja respeitado e que ela e o recém-nascido usufruam dos benefícios desta prática que já foram reconhecidos por meio de estudos: aumento numérico de partos normais espontâneos, maior satisfação da mulher com a experiência do nascimento, redução da analgesia intraparto, do tempo de trabalho de parto, da taxa de cesariana, do parto instrumental e de recém-nascidos com baixo índice de Apgar no 5º minuto de vida. Além disso, as mulheres ficam mais suscetíveis às intervenções desnecessárias durante a assistência obstétrica e neonatal quando não tem um acompanhante (HODNETT *et al.*, 2013; BRUGGEMANN *et al.*, 2015).

No Brasil, embora a inserção do acompanhante seja amplamente recomendada nas políticas públicas e tenha se tornado a Lei 11.108, desde o ano de 2005, pesquisas mostram que os hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) não estão dando cumprimento e descrevem a realidade de muitas parturientes que permanecem sozinhas, especialmente no nascimento propriamente dito (BRASIL, 2013; LEAL; GAMA, 2014; BRUGGEMANN *et*

al., 2015). A limitação da presença do acompanhante no cenário do parto impossibilita que a mulher receba o apoio de sua rede social durante todo o processo parturitivo, o que favorece o aparecimento de sentimentos como o de impotência.

Pode-se ainda incluir a doula como parte dessa rede social importante para a mulher. Ter a presença dessa profissional reduz o número de cesarianas, melhora a experiência do parto e favorece o protagonismo da gestante. O trabalho da doula revelou significados inerentes a uma assistência humanizada e acolhedora. Porém, contar com o apoio de uma, não é a realidade da maioria das mulheres brasileiras. A rede social eficaz diminui significativamente o sofrimento da parturiente, as dores e o uso de procedimentos desnecessários (LIMA *et al.*, 2016).

A dor também foi identificada na análise de conceito como antecedente do sentimento de impotência durante o parto normal e é alvo e origem de muitos sentimentos, por ser desconhecida e esperada ao mesmo tempo.

Desmitificar a dor do parto não é tarefa fácil, porém é necessário, já que o despreparo para vivenciá-la eleva o grau de dificuldade durante o processo. No cenário do trabalho de parto, há a possibilidade do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e para promover conforto como banho morno de chuveiro ou banheira, banho de aspersão, deambulação, mudanças de posições (cócoras, sentada e agachamento), técnicas de controle da respiração, massagens, bola suíça, musicoterapia e rede social eficaz. Esses métodos têm evidências e recomendações positivas, portanto, devem ser incentivados sem esquecer que a dor do parto não é apenas fisiológica, mas também fruto da cultura, que tem o poder de intensificá-la (DIAS, 2007; ROHDE, 2016; BALASKAS, 2017).

A análise de conceito também traz que o 'conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel' está relacionado ao sentimento de impotência bem como a 'comunicação deficiente'.

É evidente que as mulheres durante o parto normal, bem como os pacientes em outros contextos de saúde não estão habituados a serem incluídos no plano de cuidados. Os profissionais, por sua vez, tendem a considerar "rebeldia" o ato de discordar do que foi proposto como o melhor caminho a ser seguido na situação. Relações simétricas são de difícil construção, portanto, não é um costume obter conhecimento para desempenhar protagonismo em qualquer que seja a situação de saúde (SEIXAS *et al.*, 2019).

Apenas a partir de uma comunicação eficiente é possível mensurar um plano de cuidados baseado na realidade, na possibilidade daquele ser que é único de modo holístico (PORTELA *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2019). Esta estratégia de cuidado é primária no

contexto de parturição e necessita atenção por parte dos trabalhadores de saúde desde o entendimento do que o parto representa até a disponibilidade para adotar condutas adequadas ao momento.

O parto é um evento social que integra a vivência reprodutiva de homens e mulheres, representa um processo singular, uma experiência que pode ser especial no universo familiar e que envolve muitos atores. Portanto, o cuidado recebido nesse evento pode repercutir positivamente ou de maneira negativa na experiência reprodutiva da mulher, do recém-nascido e da família no modo como a parturição é percebida (FUJITA; SHIMO, 2014).

Experiências pregressas negativas e expectativas irreais podem ser fatores relacionados ao sentimento de impotência em diversos contextos de saúde. É inerente ao ser humano associar lembranças a fatos e acontecimentos presentes e criar protótipo imaginário do que ainda lhes vai acontecer (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

O estudo de Nascimento e colaboradores (2015) evidenciou que experiências prévias com o parto, interferências familiares e interação profissional nas consultas pré-natais influenciam até mesmo na escolha do tipo de parto. Assim, valorizar a história da mulher, suas heranças, contexto e escolhas, é essencial e possível por meio de uma relação dialógica entre as partes.

Os antecedentes mencionados reforçam a necessidade de uma boa relação entre o profissional, a gestante e a família para evitar o sentimento de impotência. Por meio de ações que podem ser desempenhadas pelos profissionais de saúde em prol dessa demanda, a mulher construirá conhecimento suficiente para ser protagonista e estará satisfeita com a comunicação e interação nessa fase, portanto, apresentará maior possibilidade de criar expectativas reais e passar por essa vivência de modo positivo (NASCIMENTO et al., 2015).

Esta análise de conceito também evidenciou que, dentro das possíveis populações em risco no contexto das mulheres durante o parto normal para desenvolver o sentimento de impotência, estão aquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

A vulnerabilidade social da gestante está associada às intercorrências, sobretudo por contribuir com a baixa adesão às consultas de pré-natal. Fatores socioeconômicos, ambientais e culturais influenciam os determinantes do processo saúde doença, bem como comprometem o vínculo mãe-feto. Estudos relatam que as mulheres com baixo nível educacional apresentam maior suscetibilidade aos sintomas depressivos (LIMA et al., 2016; SANTOS *et al.*, 2019). Assim, é importante compreender e identificar as vulnerabilidades do período gravídico (RODRIGUES *et al.*, 2016; ALVES *et al.*, 2017;).

Neste contexto é possível observar ainda que muitas mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica e baixo nível educacional têm menor conhecimento acerca dos seus direitos fundamentais e das recomendações para o parto, portanto, no momento em que adentram a maternidade, apresentam postura submissa diante dos profissionais e regras hospitalares, o que lhes acresce a vulnerabilidade às intervenções e à violência obstétrica.

Para além do excesso de medicalização e intervenção, há o desrespeito à liberdade de escolhas e o consentimento informado das mulheres. Há ainda recorrentes abusos e maus tratos nesse evento tão significativo de suas vidas. Tudo isso é classificado como violência obstétrica, uma violência de gênero institucionalizada, naturalizada e invisibilizada que gera sentimentos como o medo e a impotência (RHODE, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018).

Esse termo abrange uma série de ocorrências no ciclo gravídico-puerperal que podem ser de caráter físico, psicológico ou sexual. Entre os tipos de violência, estão as intervenções desnecessárias, não informadas, não consentidas; o não uso das práticas baseadas em evidências e recomendações; o abuso de exames incômodos; o uso de palavras ríspidas; a culpabilização da mulher; e a proibição do acompanhante de escolha (RODRIGUES *et al.*, 2018; ZANARDO, 2018).

A cultura da medicalização da assistência reafirma a percepção do corpo feminino como defeituoso e incapaz de parir naturalmente. Há um excesso de intervenção nos partos que fortalece a crença de que eles não podem ocorrer de maneira natural e saudável sem a "ajuda" da medicina ou da tecnologia. É importante reforçar a ideia de que parto é um acontecimento com significações pessoais, familiares, sociais e culturais que pode ser entendido como um rito de passagem (ROHDEN, 2016; GOTARDO, 2018). Este fenômeno é natural e, ao mesmo tempo, marcante e sensível às interferências externas, por isso pode tomar diferentes rumos a depender do contexto em que ocorre.

Por ser um momento muito significativo, o atendimento prestado às mulheres no parto tem forte impacto em sua vivência. Para parirem com sentimento de segurança, confiantes e apoiadas, é preciso uma atenção adequada e acolhimento desde o pré-natal. Realizá-lo de modo inadequado pode gerar prejuízos ao momento do nascimento. É preciso reconhecer a singularidade de cada mulher e estimular a melhor vivência perinatal. De outro modo, ficam evidentes as muitas experiências negativas e traumáticas – em que as mulheres se sentem vulneráveis, assustadas, inseguras, impotentes (ANDRADE; AGGIO, 2014).

A ansiedade e o medo foram identificados na análise do conceito como antecedentes do sentimento de impotência. Ambos foram recorrentes nos resultados e estão interrelacionados. O terceiro trimestre é considerado o momento onde as mulheres se tornam

mais ansiosas e isso se deve à proximidade do parto, evento desconhecido que gera sensação de perigo e medo (SILVA et al., 2017). Portanto, o profissional deve ser capaz de identificar estes sentimentos e considerar a influência deles na fisiologia do parto e no desfecho.

Considerando-se os resultados obstétricos adversos e as consequências à saúde materna e fetal, estudos como este são importantes, uma vez que o conhecimento dos fatos relacionados à ocorrência de transtornos de ordem emocional na gravidez permite a elaboração de medidas preventivas na assistência pré-natal, que pode se caracterizar por um espaço aberto ao diálogo, com desenvolvimento de intervenções que visem promoção da saúde mental das gestantes (SILVA *et al.*, 2017).

A análise de conceito também identificou os "extremos de idade" como possível causa do sentimento de impotência. Neste grupo se tem as adolescentes e as mulheres com 35 anos ou mais. Essas gestantes com extremos de idade têm mais probabilidade de desenvolver complicações gestacionais que prejudicam a saúde materno-fetal, portanto, são classificadas como gestantes de alto risco pelo Ministério da Saúde. Essas complicações geralmente estão relacionadas a questões fisiológicas como desenvolvimento de síndromes hipertensivas gestacionais, diabetes gestacional e complicações no parto (BRASIL, 2013). É provável que o sentimento de impotência nessa população esteja relacionado ao receio de apresentar alguma comorbidade, o que as torna mais suscetíveis.

As adolescentes, em sua maioria, apresentam gravidez não planejada e isso também as tornam mais vulneráveis no processo, visto que gera impacto na busca de cuidados (BONNATI *et al.*, 2018). Além disso, as primíparas são expostas enquanto população em risco para desenvolver sentimento de impotência por nunca terem vivenciado a experiência e tomarem como base as experiências alheias dentro de uma cultura de medicalização do parto.

As que apresentam fatores aversivos ao parto normal associam-no à dor (SOUZA *et al.*, 2013). As primigestas têm menor risco de se tornarem primíparas vulneráveis caso façam um acompanhamento e preparo pré-natal adequado, pois a partir de uma boa relação de confiança construída entre profissional e gestante, é possível chegar ao momento do parto com sentimento de segurança, capacidade e apresentar-se autônoma e protagonista no evento (AMARAL *et al.*, 2019).

Esta pesquisa encontrou para a população específica das mulheres durante o parto normal as seguintes condições associadas: a indução do parto, a distócia no parto, o uso de analgesia, a depressão e a gestação múltipla. De fato, as condições específicas e as gestações de alto risco – no caso, a gestação múltipla; as intervenções, mesmo que necessárias como a indução do parto e o uso de analgesia; as ocorrências imprevisíveis, como um trabalho de

parto prolongado e outras distócias deixam a mulher necessitada de cuidados profissionais (ALDRIGHI *et al.*, 2016). Estas podem ser condições antecedentes ao sentimento de impotência, pois sugerem algo que não está sob o controle da mulher.

Nesse contexto, promover autonomia e experiências positivas é um desafio ainda maior, visto que quando a condição desvia o que era esperado ou a gestação/parto torna-se de alto risco, as mulheres e suas famílias vivenciam um processo complexo e é necessário aos profissionais o foco ao estado emocional e aos aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais das mesmas, além de um planejamento específico de ação educativa voltado para a situação vivenciada (BRASIL, 2012).

Para avaliar gestantes em suas necessidades de saúde, os profissionais do pré-natal priorizam a perspectiva de risco. Isso traz uma informação carregada de significados para as mulheres, já que vivenciam e expressam vários eventos biológicos, comportamentais, afetivos, entrelaçados a situações familiares, institucionais e sociais, que extrapolam aquela situação diagnosticada, com possíveis consequências adversas à sua saúde e a de seu(s) filho(s) (CARVALHO; DELGADO; GRINCENKOV, 2019).

Considerar uma gestação como alto risco pressupõe o surgimento de uma série de dúvidas à mulher e sua família e uma maior necessidade de atenção e de fortalecimento de vínculo, seja qual for a condição associada. A gestação múltipla é considerada de risco elevado e pode anteceder o sentimento de impotência, visto que a mesma não sairá dessa condição, independente do que se proponha a fazer.

A gestação múltipla acontece em apenas 3% das gestações e aumenta a morbimortalidade materna e do bebê. A mortalidade perinatal dos gemelares é cerca de seis vezes maior do que ocorrida nos fetos de gestação única. Os triplos e os de mais elevada ordem tem pior prognóstico. Todos os sobreviventes pré-termo apresentam maior risco de comprometimento físico ou mental (MONTENEGRO; REZENDE, 2010).

As gestantes que têm a indicação de indução do parto – independente do motivo – são submetidas a uma intervenção que tem sido confirmada como um meio importante de redução do número alarmante de cesarianas desnecessárias. Existem diversas alternativas de métodos e medicamentos para o preparo cervical e indução do parto. Podem-se classificar os métodos de indução do parto em mecânicos – que implicam a utilização de manobras e dispositivos para a indução ou farmacológicos – que incluem o uso de substâncias que atuam sobre o útero. Atualmente, são utilizadas com esse fim a Ocitocina e as Prostaglandinas, em especial o Misoprostol (SCAPIN *et al.*, 2018).

Quando a mulher toma conhecimento de que sua gravidez é de alto risco ou de que o parto não poderá ocorrer de modo natural, podem surgir sentimentos capazes de abalar seu estado psicológico, visto que as dificuldades de adaptação emocional se tornam maiores. É possível verificar a presença dos temores relacionados ao desfecho e sentimento de impotência pela incapacidade de ter uma gravidez e parto considerados normais. Vale salientar que uma intervenção psicológica tanto na gestação quanto no puerpério visam promover a saúde mental e física da mulher e do bebê, com o intuito de possibilitar uma ligação mais saudável e prazerosa entre ambos (MONTENEGRO; REZENDE, 2010).

A condição 'analgesia' é associada ao sentimento de impotência em mulheres que desejam e se preparam para o parto natural, estudam acerca do aumento do risco ao receberem epidural e têm em seu desfecho concessão a essa intervenção. Essas podem apresentar sentimento de impotência por se considerarem incapazes de suportar a dor (BRASIL, 2001).

As recomendações atuais da OMS e do Ministério da Saúde brasileiro para o manejo do trabalho de parto não incluem analgesia medicamentosa. São incluídas a oferta de líquidos e as tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, sendo possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde. Além disso, o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscam aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto (OMS, 1996; BRASIL,2001).

Isso pode estar relacionado a uma questão-chave que tem sido levantada na literatura cientifica: a relação entre a analgesia epidural e intervenções no nascimento. Sugere-se potencial iatrogênico com consequências como cesarianas por distócia, aumento na taxa de indução ou aceleração do trabalho de parto e uso de antibióticos. A analgesia farmacológica modifica o desfecho do parto e aumenta as chances de uso de instrumentais – segundo fortes evidências, sobretudo em mulheres com gravidez de alto risco (MENDES, 2017). Nesse contexto, foi possível associar o uso desse método com o sentimento de impotência pela submissão a um risco evitável. Considera-se importante orientar as mulheres quanto aos potenciais riscos e benefícios da analgesia para uma escolha segura, quando possível.

Por tornar os sujeitos vulneráveis, as condições de morbidade associadas ao contexto gestacional, de modo geral, favorecem o surgimento de sentimentos desagradáveis e é a equipe de saúde que deve realizar uma assistência holística e centrada na pessoa, para reduzir o impacto gerado biologicamente e também emocionalmente (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Quanto às emoções descritas como consequentes do sentimento de impotência identificou-se a 'frustração' relacionada a um desejo que não se realizou; incluíram-se também os sentimentos de 'fracasso', de 'desesperança', o 'medo' e a 'angústia'. O estudo de

Copelli e colaboradores (2015) traz que o sentimento de impotência para o parto, que é o não se sentir capaz de parir, é angustiante e torna as mulheres mais vulneráveis às intervenções médicas nesse período.

A frustração está mais relacionada ao desfecho do nascimento – por via alta ou por via vaginal com intervenções indesejadas/desnecessárias – e é discutido como uma consequência do sentimento de impotência que ocorre por não apresentar protagonismo no próprio parto. Desse modo, a mulher durante o trabalho de parto pode sentir-se frustrada, fracassada, desesperançosa e angustiada, pois são frequentes as dificuldades impostas para as gestantes exercerem a autonomia sobre seus corpos e os sonhos não atingidos nem sempre são superados (COPELLI *et al.*, 2015; NASCIMENTO et al., 2015). Justifica-se, assim, o medo de não conseguir, de complicações, da morte e da condição do bebê se tornar desfavorável presente nas mulheres, evidenciado pela análise.

Nascimento e colaboradores (2015) relatam que as gestantes, ao se entregarem totalmente aos cuidados dos profissionais, se afastam progressivamente das decisões sobre o processo da finalização da sua gestação e então no momento do parto, fadadas de sentimento de impotência, apresentam essas emoções. Se as intervenções não forem capazes de amenizar e prevenir, é necessário o reconhecimento dos consequentes para que as ações posteriores não os potencializem.

6.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

6.2.1 Definição do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência

A definição do diagnóstico de enfermagem Sentimento de impotência classificada como mais adequada pelos especialistas do estudo: "Experiência emocional que resulta em sensação de incapacidade, comprometimento do protagonismo e falta de controle sobre a situação vivenciada", foi acompanhada de comentários em relação ao uso do termo 'Protagonismo'. Seu comprometimento está diretamente relacionado ao diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência em diversos contextos de saúde, inclusive nas salas de parto.

O processo de se tornar protagonista no próprio trabalho de parto é realizado por meio do desenvolvimento de conhecimentos a respeito das decisões e possibilidades e dos direitos da gestante. Esse desenvolvimento nem sempre é automático, por isso existe a necessidade de

ações estratégicas para sua obtenção. Para que a mulher se sinta capaz e no controle da situação vivenciada e não apresente sentimento de impotência, as ações educativas são fatores bastante relevantes, proporcionam confiança na relação profissional-gestante, tornando-a mais harmoniosa, reduzem a subordinação e favorecem a autonomia das mulheres (PROGIANTI, BARREIRA, 2001; SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

6.2.2 Fatores relacionados do diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotência durante o parto normal

Entre os fatores relacionados considerados relevantes na avaliação dos especialistas para o diagnóstico de enfermagem Sentimento de Impotência, destaca-se a Violência obstétrica, que foi validada por todos com concordância máxima. A violência obstétrica é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitável que está diretamente ligada à relação de poder que circunda o parto (OMS, 1996; RODRIGUES *et al.*, 2018). Estas ocorrências interferem no processo natural porque promovem emoções negativas que podem levar ao sentimento de impotência. Identificar os fatores relacionados ao diagnóstico é um meio de realizar melhores intervenções de enfermagem.

A OMS define Violência Obstétrica como a apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais do contexto da saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais. Isto reduz a autonomia da parturiente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, e acarreta consequências negativas em sua qualidade de vida (OMS, 1996; BRASIL, 2001).

A violência obstétrica é considerada violência de gênero e, com a institucionalização do parto, abriu-se margens para que as gestantes sofressem abusos (RODRIGUES *et al.*, 2018). O diálogo e a ampla divulgação são capazes de acrescer conhecimento às gestantes e à sua família, o que os torna aptos ao reconhecimento e proteção. Os especialistas consultados neste estudo sugerem reforçar esta temática, visto que notam que há muito desconhecimento por parte das mulheres e sociedade de modo geral.

Os especialistas alegaram também dificuldade dos profissionais de saúde em compreender a representação da violência obstétrica e não a cometer, visto que a relação de poder parece estar intrínseca. O estudo de Zanardo (2018) relata que essa ação pode ser praticada por qualquer pessoa envolvida na assistência ao parto: médicos obstetras, anestesistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e até pela administração do hospital. Esse comportamento leva os profissionais a se sentirem, de algum modo, superiores

às mulheres devido à sua condição e os leva a decidirem por elas aquilo que não lhes cabe. Isso é visto de modo natural por muitos, bem como a utilização de procedimentos desnecessários.

Divulgar este tipo de violência é necessário, uma vez que o conhecimento pode gerar proteção. Sofrer violência obstétrica pode fazer com que as mulheres carreguem traumas psicológicos para o resto de suas vidas com a vivência de sentimentos tão contraditórios como a impotência, em um momento que deveria ser de reafirmação da própria capacidade e natureza.

Em 2019, o MS publicou uma nota técnica em que defendia abolir o uso do termo violência obstétrica de políticas públicas e normas devido a um pedido de entidades médicas por considerarem estigmatização da sua prática. Posteriormente, esta nota foi revogada e o MS reconheceu o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas vivências em situações de atenção ao parto e nascimento. Também ressalta que a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, inclusive o respeito à autonomia, o acolhimento, o cuidado seguro e humanizado e as condições de trabalho à equipe multiprofissional são fundamentais para redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2019).

Os especialistas deste estudo referiram experiências presenciais de violência obstétrica na vivência profissional e também pessoal. Desse modo, nenhum dos mesmos deslegitimaram o termo e todos o consideraram um fator relacionado ao surgimento do sentimento de impotência e a outros componentes do diagnóstico.

É notória a contradição das autoridades no que tange as práticas de atenção à mulher durante o parto e no significado do protagonismo tão incentivado para este fenômeno. Com tantas interferências, explica-se, por mais um ângulo, os motivos pelos quais as gestantes manifestam sentimento de impotência. É necessária uma nova transformação cultural acerca do entendimento do parto e do seu impacto na construção da sociedade.

A pesquisa "Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento", pela coordenação da Fundação Oswaldo Cruz demonstra entre os resultados relativos às intervenções obstétricas – incluídas nas denúncias de violência obstétrica no trabalho de parto e no parto – que a manobra de Kristeller foi sofrida por 37% das mulheres brasileiras (LEAL; GAMA, 2014). Tal intervenção foi abolida e não existe evidência positiva para a sua utilização. Em 2017, nas novas diretrizes para o parto normal contra técnicas agressivas e invasivas, o MS reforça a contraindicação da prática (BRASIL, 2017).

O ato de ter um profissional pressionando o fundo de útero para que o nascimento ocorra é uma violência claramente geradora de sentimento de impotência, pois imobiliza a

mulher num ato doloroso e a torna passiva e vulnerável no momento mais importante do processo.

A pesquisa brasileira mencionada também identificou uma taxa de episiotomia de 56,1% e quase 75% quando consideradas as primíparas. Entretanto, a OMS recomenda que esta esteja em torno de 10% e 30%. Outra intervenção que apresentou elevada prevalência foi a utilização da posição de litotomia durante o parto: 90% das parturientes de risco habitual pariram em posição horizontal (LEAL; GAMA, 2014). Esta posição gera dependência, sensação de incapacidade e vulnerabilidade às intervenções nas mulheres (OMS, 1996; ANDRADE *et al.*, 2016) e, por isso, está diretamente ligada à ocorrência do sentimento de impotência. As posições verticalizadas trazem maior benefício para a mulher e para o feto e recomendá-las é uma prática simples que não deve ser omitida, além de que liberdade de posição fortalece a autonomia.

A medicalização da assistência nesse contexto é um fator que está relacionado ao desenvolvimento do sentimento de impotência. Na referência cultural da medicalização, processos considerados naturais se transformam em patológicos e o ato médico é visto como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens (CARVALHO *et al.*, 2015; BRASIL, 2018).

O Parto é um fenômeno que sofre modificações de acordo com a sociedade em que está inserido. O cenário obstétrico atual do Brasil reflete uma institucionalização dos saberes práticos associados ao parto e procedimentos invasivos, muitas vezes dispensáveis e potencialmente iatrogênicos, que resultam na perda da autonomia feminina (REIS, 2017; GOMES *et al.*, 2018).

A padronização do processo parturitivo – por exemplo, a determinação do número de horas que deve durar um trabalho de parto – é uma condição estruturante da modernidade tardia que iguala pessoas e situações em condições de desigualdade. Diante disso, produz-se uma necessidade e o excesso de cesarianas acaba sendo consequência de uma medicalização cultural e social. O próprio sistema público, a realidade da situação de saúde no Brasil e o modelo de atenção obstétrica contribuem para esses resultados (GOMES *et al.*, 2018; NICIDA, 2018). As mulheres se sentem impotentes diante do desfecho da gestação, receiam não conseguir e são impulsionadas a desejar ter seus filhos por meio de uma cirurgia visto que, nesta, o principal responsável pelo sucesso do nascimento é o médico.

Como resultado da grande transformação de cultura sobre a tecnologia no parto e nascimento, a expectativa de um "parto seguro" passou a ser associada à "tranquilidade" de

uma cesariana e todo o emocional e o psicológico de uma mulher passou a ser movimentado negativamente ao se ver sem recursos financeiros e obrigada a parir (GOMES *et al.*, 2018).

Atualmente, vive-se uma época de revolução nesse âmbito. Se, por um lado, ainda é forte a mentalidade mencionada que associa o poder aquisitivo baixo ao parto normal, por outro, mulheres têm pago um preço alto por sua liberdade de parir naturalmente em um parto domiciliar planejado ou ao contratar disponibilidades de equipes médicas específicas, por garantia de que assistem o parto numa linha de humanização e respeito à sua autonomia e protagonismo (CURSINO; BENINCASA, 2018).

No mesmo contexto revolucionário, há ainda as gestantes que vivenciam experiências positivas em determinadas maternidades e centros de parto normal do SUS, por se depararem com profissionais ativistas da luta pela humanização do parto e nascimento. Dentre os profissionais que se destacam nessas condições, estão os enfermeiros obstetras e as doulas. Esses profissionais têm demonstrado potencial transformador na assistência (ANDRADE *et al.*, 2016; AMARAL *et al.*, 2019). É fácil identificá-los visto que o discurso dos mesmos envolve o *hands-of*, que indica uma assistência baseada no cuidado e não na intervenção e o empoderamento feminino, ou seja, a promoção do sentimento de capacidade.

O momento atual pode ser considerado o começo de uma nova transformação cultural que torna a valorar a natureza do parto. Assim, ao minimizar os impactos, é certo que as mulheres serão influenciadas positivamente para a vivência do parto normal crentes na capacidade dos seus corpos. Em concordância com os especialistas, compreende-se que essa mentalidade medicalizada acerca do parto, construída nessa cultura, é onde imergem muitos dos demais fatores relacionados e o próprio sentimento de impotência. Nesse contexto, ressalta-se a inevitável interrelação entre os itens dispostos neste estudo.

O fator relacionado "conhecimento insuficiente para o desempenho do papel" no parto normal é percebido quando as mulheres são questionadas sobre sua atuação e desempenho durante o evento. É reconhecido nas gestantes que apresentam comportamento inapropriado e pouca participação no cuidado (SEIXAS *et al.*, 2019). Os especialistas consideraram o item relevante e sugeriram a necessidade de complemento para maior clareza. No caso da população específica, o conhecimento insuficiente é da gestante; o papel refere-se ao compartilhamento do cuidado, ou seja, ao protagonismo das escolhas na parturição. Sem considerar apenas a população específica, mas o uso do fator relacionado em outras populações, a sugestão tornou-se: 'Conhecimento insuficiente para o desempenho do papel no cuidado compartilhado'.

No cenário do parto normal, o processo de construção de uma relação de diálogo e confiança precisa acontecer antes da ocorrência do evento, em si. Isto é, no período pré-natal (SEIXAS *et al.*, 2019). Uma especialista da pesquisa abordou o fato de que o pouco conhecimento compromete a autonomia e protagonismo da mulher e leva-a ao sentimento de impotência, visto que este fator pode se relacionar ainda à descrença na capacidade do próprio corpo.

A oportunidade de vivenciar estratégias de educação em saúde bem elaboradas com o intuito de minimizar a ocorrência desse déficit de conhecimento tem se mostrado crucial no processo de gestação e parto (SILVA *et al.*, 2015). Por essa razão, o item "conhecimento insuficiente do papel no cuidado compartilhado", validado como fator relacionado relevante para o sentimento de impotência merece destaque, já que o seu enfrentamento foi, repetidas vezes, citado como meio de minimizar esse sentimento e favorecer a autonomia.

A comunicação deficiente, também validada como um fator relacionado adequado ao DE, consiste em uma falha na emissão, transmissão ou recebimento de mensagens entre equipe de saúde e a mulher (PRONANDA, 2014; PORTELA, 2018). A autonomia pode ser incentivada pelo diálogo, por uma comunicação que devolva à mulher o protagonismo do cenário do parto, portanto, uma comunicação sem eficácia é potencial gerador do sentimento de impotência.

A relevância da eficiência em comunicação pode ser atribuída ainda à importância da comunicação efetiva e da escuta qualificada e atenta por parte do profissional de saúde que já é comprovadamente uma prática benéfica, seja na consulta individual ou em grupos. Comunicar-se bem gera segurança e melhora a efetividade do cuidado, pois conta com a colaboração, entendimento e autocuidado do cliente em questão (PORTELA *et al.* 2018; ALVES *et al.*, 2019).

Garantir uma comunicação efetiva favorece ao profissional compreender de que modo cada gestante enxerga o processo de parturição e com que expectativas irão receber o concepto. Isso é crucial para traçar um plano de cuidados eficaz. Nesse âmbito é esperado que enfermeiro, atuante no cuidado à mulher em todas as suas fases, esteja atento e disponível para o diálogo e escuta qualificada e que o mesmo seja capaz de sobrepor as concepções pessoais sobre o parto para atender a grávida e sua família na perspectiva que necessitam, ou seja, não tolher seu protagonismo e considerar as questões subjetivas e não só biológicas.

Um dos meios de comunicação entre gestante e profissional é o uso do Plano de Parto (PP): um documento introduzido em 1970 por educadores pré-natais, com o propósito de facilitar a comunicação entre gestantes e profissionais de saúde, além de encorajar tomadas

de decisão informadas sobre escolhas, riscos e resultados de trabalho de parto. Assim, desde a sua criação, o PP tem se tornado cada vez mais popular nos países ocidentais em defesa da autonomia das mulheres durante o parto (PENNELL *et al.*, 2011; MEDEIROS *et al.*, 2019).

A utilização desse meio de comunicação está dentre as "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento" preconizadas desde 1996 pela OMS. Trata-se de um documento escrito, de caráter legal, em que as gestantes expressam antecipadamente suas preferências e expectativas referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto, considera seus valores, desejos e necessidades pessoais, de modo a evitar intervenções indesejadas. Com isso, além de propiciar maior controle sobre os eventos do parto, esse planejamento favorece a comunicação entre as mulheres e seus cuidadores, especialmente se estas não conseguem se comunicar efetivamente sob certas circunstâncias (OMS, 1996; CORTÉS et al., 2015; MEI et al., 2016).

A melhora da comunicação com os profissionais de saúde está dentre os principais benefícios do uso do plano de parto. Cita-se também a promoção de um processo mais natural e fisiológico; melhores resultados obstétricos e neonatais; maior grau de satisfação materna; maior conscientização das mulheres sobre os processos envolvidos no trabalho de parto e parto; e maior sensação de controle, autonomia e protagonismo (MEDEIROS *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

Porém, algumas mulheres relatam que profissionais têm dado pouca ou nenhuma importância a este instrumento e, diante de tantas evidências positivas para a sua utilização, isto é um fato preocupante. Escrever o plano de parto é importante na construção de autonomia e vê-lo ser bem aceito e respeitado com a devida importância é essencial na efetivação dos direitos e exercício do protagonismo.

Outro fator relacionado considerado relevante pelos especialistas foi a ansiedade. Desde o período gestacional, a mulher fica vulnerável ao desenvolvimento da ansiedade por diversos fatores fisiológicos, emocionais, hormonais, sociais. Porém, é no último trimestre, em decorrência da aproximação do momento do parto, que as gestantes se tornam mais ansiosas (SILVA *et al.*, 2017).

O estudo de Alves e colaboradores (2019) relata que a promoção de grupos como estratégias de educação em saúde no pré-natal contribui para a minimização da ansiedade relacionada ao parto por meio da expressão das suas tensões e emoções e do desenvolvimento da confiança na própria capacidade (ALVES *et al.*, 2019).

A ocorrência do sentimento de impotência também mostrou relação com as experiências vividas anteriormente com desfechos emocionais negativos, pois essas podem

gerar impacto sobre vivências atuais (DELGADO *et al.*, 2016). Uma mulher que vivencia um parto traumático terá, em seu próximo parto, a exacerbação de diversos sentimentos com possível prejuízo ao momento do nascimento.

Além dos especialistas deste estudo considerarem as experiências pessoais pregressas como fator relevante, também citaram a importância de considerar as experiências das suas referências femininas – por exemplo, a mãe, tias, irmãs – porque estas são passadas de geração em geração e perfazem de modo natural o entendimento das mulheres – mesmo primigestas – acerca do parto. Essa informação corrobora com o estudo de Weidle e colaboradores (2014), que entende que a história familiar relacionada ao parto é de grande influência para elas e interfere no seu estado emocional, bem como as influências midiáticas, de modo geral.

A oportunidade de compartilhar experiências positivas e negativas com outras gestantes foi uma medida citada como importante para o fortalecimento como mulheres e para elevação da autoestima. O processo educativo nas atividades grupais de educação em saúde amplia a possibilidade de pessoas se autoconhecerem, por meio da troca de experiências vividas no seu cotidiano, de modo a proporcionar um maior aprendizado e desenvolvimento pessoal (SILVA *et al.*, 2015).

Em contraponto, há mulheres que ressignificaram a vivência pessoal de experiências obstétricas ruins e também o contato com histórias de terceiros que não foram satisfatórias às suas expectativas. Os fatos negativos as impulsionaram a procurar modelos alternativos de assistência para si. O fato de suas mães terem vivenciado partos violentos foram gatilho para o despertar de si mesmas na busca de uma experiência diferente. O descontentamento com os cuidados oferecidos nos hospitais motivou as gestantes a se informarem melhor na experiência atual (CURSINO; BENINCASA, 2018).

Apesar das experiências pregressas negativas – pessoais e de influências – serem relacionadas ao sentimento de impotência, também é possível utilizá-las em favor de uma escolha diferente. Para tal, será necessário conhecer e vislumbrar um novo leque de possibilidades que, possivelmente, lhes será apresentada pelo profissional de saúde com quem tem maior contato.

A qualidade do pré-natal influencia na cadeia de crenças e opiniões sobre as vias de parto e o relacionamento com o profissional durante esse processo pode influenciar as escolhas da mulher e nos sentimentos que as perpassarão durante o parto normal (NASCIMENTO *et al.*, 2015). O cuidado pré-natal inadequado destaca-se como fator relacionado ao DE Sentimento de Impotência, pois, por diversas vezes, esta assistência foi

elevada como principal meio e local de atuações efetivas na construção da autonomia e protagonismo das mulheres.

Os especialistas citaram a importância da educação em saúde durante o pré-natal nessa fase da vida da mulher e da família. No entanto, alertaram para a cautela em não culpabilizar a gestante pelo pré-natal inadequado, pois é uma tendência histórica da sociedade culpar as vítimas quando são mulheres. Diferente disso, a adesão das mulheres às consultas está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

Outro fator relacionado considerado relevante pelos especialistas é o ambiente desfavorável à mulher em trabalho de parto em relação à estrutura física, ao atendimento inadequado dos profissionais e à falta privacidade. O ambiente é capaz de influenciar as emoções da mulher e, consequentemente, o desfecho do parto. O profissional deve encorajar as gestantes a adaptar o ambiente às suas necessidades. Se houver suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, orienta-se levar em consideração o ambiente em que a mulher está sendo assistida (BRASIL, 2017). Quando a mulher se sente segura, relaxada, tem privacidade e não há ninguém atrapalhando ou observando, seus hormônios atingem níveis ótimos e ela pode transcender a dor. A produção natural para alívio da dor garante que a gestante consiga lidar com ela. É importante que essa informação chegue às mulheres e as ajude a confiar em seus corpos. Essas sensações tornam-se mais difíceis quando o ambiente é disfuncional, não respeita o momento das mulheres e não promove o apagamento do neocórtex para o desenrolar instintivo do parto (BALASKAS, 2017).

Os ambientes onde acontecem os nascimentos têm sofrido modificações, tornando-se mais aconchegantes e com rotinas mais flexíveis, por permitirem que a mulher e sua família possam participar e expressar livremente suas expectativas e preferências. Surge também, como opção, modalidades de assistência em ambientes não hospitalares, como o parto domiciliar e em centros de parto normal dentro ou fora dos hospitais (BRASIL, 2017).

O melhor lugar para vivenciar o parto é aquele em que a mulher se sente mais segura. Para algumas, será próximo à tecnologia – dentro do hospital - para outras, uma casa de parto, e para tantas, será o próprio domicilio (OMS,1996). O ambiente favorável é importante na minimização do sentimento de impotência e no desenvolvimento da autonomia a partir das possibilidades de escolha de posição e da privacidade para tal. Esta medida tem influência sobre o processo, inclusive na percepção e manejo da dor.

A dor está atrelada à compreensão social acerca do parto normal e é a maior geradora do medo e do sentimento de impotência. Muitas mulheres não acreditam que podem

suportá-la (TOSTES; SEIDL, 2016). Os especialistas consideraram essa experiência sensorial relevante em relação ao sentimento de impotência e reforçam que ela está alinhada ao sentimento de capacidade e incapacidade de lidar com o evento do parto, por parte das mulheres.

Para fortalecer o movimento de humanização da assistência obstétrica, a OMS e o MS preconizaram recomendações com base em evidências científicas, por meio de manuais e documento e foi implementado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, com o objetivo de resgatar a natureza feminina e a cultura do parto natural. Como parte do atendimento a essa proposta, foi preconizada a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto, sendo o uso de analgesia restrito apenas aos casos de indicação específica. Dentre as condutas claramente úteis a serem encorajadas, estão evidenciadas as técnicas não invasivas e a liberdade de posição no parto (OMS, 1996).

Apesar da fisiologia possuir influência sobre o trabalho de parto, a experiência da parturiente com relação à dor resulta de vários aspectos que vão além da dilatação cervical e esta pode ser ressignificada num sentido de fenômeno natural inerente ao parto e de domínio feminino, sendo desmistificado o sentido de dor como fenômeno de sofrimento. Esse sentido é construído quando há a legitimação de cada parturiente como agente no parto (MASCARENHAS *et al.*, 2019).

A ressignificação dos sentidos vai influenciar na postura que as mulheres vão assumir diante de uma nova gestação e em como irão propagar a experiência no meio sociocultural. Elas serão instrumento de um novo ciclo de transmissão de informações sobre a dor do parto e isso também aponta a responsabilidade da assistência obstétrica no processo de construção social dos sentidos dessa dor (MUÑOZ-SELLÉS; GOBERNATRICAS; DELGADO-HITO, 2016; AMARAL *et al.*, 2019). Essa construção gera influência sobre o sentimento de capacidade da mulher em vivenciar o parto sem medos, como algo inerente à sua condição natural.

O medo está entre os aspectos que desmotivam o parto normal, e, em geral, nesse caso, está relacionado à dor (SOUZA et al., 2013). A dor, por sua vez, relaciona-se no ciclo de medo e tensão — a conhecida tríade medo-tensão-dor, aprofundada por diversos estudiosos. A confiança, compreensão e ausência de medo, são os fatores essenciais do parto sem influência negativa da dor. A tríade não somente é mental, como também influi na tensão muscular quando a gestante entra em trabalho de parto, afeta o colo do útero e dificulta a dilatação (BRASIL, 2001).

O medo foi avaliado pelos especialistas como relevante fator relacionado e também característica definidora do sentimento de impotência. Referir-se a este sentimento requer um complemento para diferenciar o momento de ocorrência do mesmo. O parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psicossexual da mulher.

O medo gera dor e a dor aumenta o medo. Assim, quando o parto é vivenciado com medo, pode levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais e pode influenciar o relacionamento mãe-filho, além de sua vida afetiva e conjugal (BRASIL, 2001). Portanto, o afastamento desse sentimento que surge no processo do parto foi identificado como ação a ser desempenhada de modo estratégico pelo enfermeiro obstetra por meio da educação em saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2015) em qualquer situação em que se encontrem essas mulheres.

6.2.3 Populações em risco do diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotência durante o parto normal

Entre a população específica estudada, mulheres durante o parto normal, há características específicas que as colocam em uma situação de risco aumentado para desenvolver determinado diagnóstico. Este estudo validou o grupo de primíparas e as vulneráveis em saúde como relevantes.

As primíparas foram consideradas uma população mais suscetível ao sentimento de impotência visto que a ausência de experiências pode acarretar medos infundados. Apesar de ser considerada válida, esta população foi comentada por alguns especialistas como passível de minimização de riscos por meio da educação em saúde e fortalecimento da autonomia.

A experiência das autoras reforça tal reflexão e acrescenta que, empiricamente, nota-se que muitas primigestas/primíparas, caso tenham vivenciado um preparo adequado com educação em saúde, em cenários humanizados de assistência, vivenciam suas primeiras experiências de forma positiva, com autonomia e demonstram empoderamento.

No que tange diagnósticos e componentes subjetivos, serão poucas as questões absolutas encontradas, sem outras vertentes ou interrelações. De todo modo, a população de primíparas parece estar de algum modo mais suscetível ao desenvolvimento do sentimento de impotência. Os sentidos e as referências do parto normal para a mulher primigestas são mediados pelo contexto de interação sociocultural e pela assistência pré-natal. Além disso, esses sentidos e referências guardam relação com contextos mais amplos de âmbito social, cultural, político-assistencial e ideológico (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

A experiência do parto normal em primíparas que vivenciam o cuidado fornecido pelos profissionais de enfermagem durante o processo parturitivo apresentam vivências

prazerosas e favoráveis e também negativas e traumáticas e as mesmas estão diretamente relacionadas à assistência recebida da equipe de saúde: quando as mulheres são orientadas, esclarecidas e respeitadas, atendidas com prontidão e delicadeza, acolhimento e valorização das suas individualidades, o parto deixa marcas positivas. De modo contrário, diante de uma equipe indiferente e insensível na vivência do parto, configuram-se experiências cercadas de sentimentos como o de impotência (SCARTON *et al.*, 2015).

A população de 'vulneráveis em saúde' também foi considerada pelos especialistas como relevante ao sentimento de impotência. Ressalta-se que a mudança na identificação do item foi considerada relevante pelas autoras visto que o desenvolvimento conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde pública tem uma história muito particular e este conceito vem sendo estudado de modo amplo e inclusivo (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

As distintas situações de vulnerabilidade em saúde podem abranger as parturientes nos três contextos sugeridos: Individual - referido a conhecimentos e informações sobre problemas específicos e a atitudes para se assumirem condutas ou práticas protetoras; Social – que diz respeito a relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social; e Institucional - relacionado aos serviços de saúde e à forma como estes lidam para reduzir contextos de vulnerabilidade, com destaque ao saber acumulado nas políticas e nas instituições para interatuar com outros setores/atores, como: a educação, justiça, cultura, bemestar social (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Diante dessa conceituação, entende-se que há parturientes incluídas na população vulnerável em saúde e isso reforça a ideia de que saber identificar tais gestantes é fundamental no contexto do diagnóstico de enfermagem em evidência. Essa identificação é o primeiro passo para promover uma construção diferente na história entre a mulher e o seu processo de parturição na busca por minimizar a ocorrência do sentimento de impotência que pode ser consequente dessas condições, sejam individuais, sociais ou institucionais.

É possível observar outros fatores já postos em relação com o sentimento de impotência entrelaçados à condição de vulnerabilidade em saúde. No âmbito individual, exemplifica-se o conhecimento de direitos e também da violência obstétrica; no social, as questões étnico-raciais e econômicas citadas; no institucional, a hospitalização do parto e o modo como lidam com o ambiente e as necessidades da mulher, bebê e família. Isso sugere que esta população em risco é abrangente e pode ser desvencilhada em diversos sentidos.

6.2.4 Condições associadas do diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotência durante o parto normal

Após análise dos especialistas, a gestação de alto risco foi considerada como condição associada do sentimento de impotência. As condições que classificam o risco gravídico envolvem as questões clínico-obstétricas e os aspectos psicoemocionais da mulher com o propósito de compreender o risco potencial, o que requer adaptações físicas e psicológicas, além da atenção especializada (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Mulheres em gestação de risco apresentam sentimentos negativos relacionados à condição clínica. Esses sentimentos podem levá-las à insegurança, perda de controle, angústia e outros (WILHELM et al., 2015). Os enfermeiros podem se utilizar das abordagens educativas para o fortalecimento das ações de intervenção de saúde no empoderamento das gestantes de alto risco a fim de que participem ativamente de seu plano terapêutico de cuidados específicos e desenvolvam sua autonomia e corresponsabilidade ao longo do processo, cientes da sua condição (ALVES et al., 2019).

As gestantes que têm indicação para indução do parto normal foram também consideradas mais suscetíveis ao sentimento de impotência nessa condição, que consiste em estimular artificialmente o desencadeamento do trabalho de parto (SOUZA *et al.*, 2015; ACOG, 2014). Essa medida é utilizada nos casos em que a continuidade do período gestacional causará risco elevado. O procedimento exige equipamentos, conhecimentos e experiência do profissional, pois envolve implicações para a gestante e bebê (BRASIL, 2012). Essa exposição à tecnologia e a imprevisibilidade da intervenção podem distanciar a mulher do cuidado compartilhado e se tornarem geradoras de insegurança e ausência de protagonismo. A realidade mostrada no estudo de Lima e colaboradores (2016) alertou o quanto as puérperas carregam marcas dos momentos de seu trabalho de parto induzido. Essas marcas são descritas por sentimentos negativos diversos que passam da decepção e sofrimento à ansiedade e medo.

No estudo de Camacho e Progiantti (2013) essas emoções foram observadas nas gestantes assim que foram anunciadas quanto ao procedimento de indução do parto pelo qual passariam. Contudo, a utilização de tecnologias leves, não invasivas, promovem efeitos considerados benéficos e transformam as gestantes em protagonistas do evento, mesmo em condições especificamente conturbadas (CAMACHO; PROGIANTTI, 2013).

Já a distócia, também considerada relevante pelos especialistas enquanto condição associada ao sentimento de impotência, de modo geral, não pode ser prevista. Ela consiste em qualquer perturbação no bom andamento do parto em que estejam implicadas alterações de

fatores fundamentais: força motriz, objeto e trajeto (BRASIL, 2001; MONTENEGRO; REZENDE, 2010). Esta imprevisibilidade impede qualquer preparo emocional direcionado. Os profissionais costumam encorajar as mulheres para a vivência do parto com o discurso positivo da vivência e as mesmas não são preparadas para manter equilibro emocional diante de uma intercorrência (BRASIL, 2019).

Essas ocorrências sugerem algo que não está sob o controle da mulher e sempre é necessário algum cuidado ou intervenção profissional, o que às vezes, ocorre em caráter emergencial sem tempo hábil para uma comunicação eficaz (ALDRIGHI *et al.*, 2016). Nesse momento, a confiança e o vínculo com a equipe que assiste ao parto demonstram sua importância na manutenção da estabilidade emocional e no modo como a mulher e sua família irão se portar. Isso interfere diretamente no desfecho do parto.

Mostra-se necessário que haja uma assistência voltada para as individualidades de cada mulher para que seja possível deixá-las, de algum modo, conscientes de que distócias podem acontecer, porém, tranquilizá-las por meio do estímulo à confiança na capacidade técnica da equipe de assistência que, em uma necessidade real, saberá intervir positivamente.

Ainda que em situações de distócia (emergencial ou não), um profissional treinado a respeitar o espaço e o sentimento da mulher e da sua família, saberá prudentemente mantê-los tranquilos e também informados, de modo a torná-los, inclusive, colaboradores no processo de resolução da dificuldade ou anormalidade existente. Essa maneira resolutiva pode ser capaz de minimizar os efeitos dos sentimentos negativos como o de impotência, que podem se apoderar das mulheres e deixar as marcas indeléveis para a vida.

A depressão é condição associada ao sentimento de impotência considerada relevante neste estudo visto que a classificação de uma condição associada na Taxonomia NANDA – I (2018-2020) inclui os diagnósticos médicos e ressalta-se que estas não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro. No entanto, é interessante mencionar que a NANDA – I classifica esta doença como uma característica definidora do DE, ou seja, como sinal ou sintoma do sentimento de impotência (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Sintomas depressivos podem estar presentes em pessoas que não foram diagnosticadas com a doença Depressão, portanto, é um termo possivelmente mais adequado para ser encontrado na classificação de característica definidora. Segundo Beck (1996), em seu inventário, os sintomas depressivos incluem: tristeza, desesperança, sensação de fracasso, anedonia, culpa, sentimento de punição, desgosto consigo, autoacusação, indecisão. Facilmente se faz correlação com outras características definidoras do Sentimento de impotência e, assim, é possível corroborar com a sugestão de alguns especialistas em utilizar

Sintomas depressivos em substituição à depressão na composição das características definidoras do DE.

A depressão aparece também como fator relacionado em diversos diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA–I e isso se atrela ao fato de que após separar os fatores relacionados nas categorias "populações em risco" e "condições associadas", há muitos diagnósticos com pouco ou nenhum fator relacionado que seja modificável pelo enfermeiro. A referida taxonomia sugere que, durante este ciclo, estudiosos concentrem-se no desenvolvimento de fatores relacionados de maior utilidade clínica, nos quais seja possível intervir e definir intervenções que reduzam ou interrompam a resposta humana desfavorável que foi diagnosticada (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

6.2.5 Características definidoras do diagnóstico de Enfermagem Sentimento de impotência durante o parto normal

Baseados em suas experiências, os especialistas consideraram que o sentimento de impotência traz como características definidoras a dependência na tomada de decisões, a descrença no próprio corpo, gera sensação de perda do controle, torna as mulheres passíveis às intervenções da equipe de saúde – que nem sempre são necessárias – e que estas demonstram sentimentos como insegurança, angústia, desesperança e sentem-se recorrentemente frustradas e fracassadas.

Tais situações vivenciadas trazem à história dessa mulher marcas negativas da experiência, que serão muitas vezes propagadas a outras gerações que não desenvolverão o empoderamento pessoal e não poderão protagonizar esse momento de suas vidas (BALASKAS, 2017).

A dependência é uma forma de comportamento que sugere incapacidade de tomar decisões (PRONANDA, 2014). No contexto do parto normal, tal característica é compatível com a ausência de protagonismo por parte das mulheres, vista nas maternidades. O sentimento de impotência as coloca em submissão ao poder do profissional de saúde (SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).

As intervenções no parto normal precisam ser postas sob o consentimento da mulher. A exemplo disso, a realização de amniotomia, episiotomia, o uso de ocitocina sintética sob o pretexto único de reduzir o tempo de trabalho de parto, deveriam ser decisões tomadas em comum acordo com a gestante (OMS, 2017). As mulheres deveriam decidir sem se sentirem pressionadas a acatar as preferências dos profissionais, seguras de que o poder de decisão lhes pertence e de que são respeitadas como donas do próprio corpo.

No entanto, as mulheres não são incluídas nessas decisões. Elas vêm em forma de resolução, agilidade, saber superior. Ainda que sejam questionadas sobre o aceite ao procedimento, muitas grávidas não se sentem capazes de confrontar uma sugestão ou intervenção do profissional (SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).

Os comentários dos especialistas reforçam que o parto é um momento em que se precisa de apoio e que as mulheres têm capacidade para tomar decisões. Porém, na falta desse apoio são impedidas de fazê-lo. Apesar de ser classificado como uma característica consequente do sentimento de impotência durante o fenômeno do nascimento, esse comportamento tem suas origens ainda no pré-natal e, muitas vezes, na influência acerca da via de parto, no uso de induções e exames desnecessários para avaliar a capacidade para parir ou provável início de trabalho de parto e nas falácias ouvidas pelas mulheres, de modo silencioso, os temores são construídos passo a passo e a capacidade de tomar decisões é diminuída na ocorrência desse sentimento de incapacidade (SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).

Toda mulher é capaz de parir e precisa conhecer essa informação (BALASKAS, 2017). Alguns especialistas lançaram comentários acerca da descrença no próprio corpo com associação ao déficit de conhecimento. De fato, há interrelação entre diversos componentes diagnósticos, especialmente pela subjetividade em estudo e pela abstração que permeia o parto normal e os termos pesquisados.

Se o conhecimento é capaz de fazer com que a mulher se empodere e motive na busca por um parto respeitoso às suas escolhas, um dos fatores consequentes da aquisição de conhecimentos baseados em evidências é a confiança nos processos naturais da parturição e a consciência de que o próprio corpo é parte dessa natureza que, por sua vez, é condicionada e capaz de parir. Desenvolver a confiança de que há muito mais chances de que tudo ocorra de modo natural, do que de precisar de alguma intervenção tecnológica gera esse empoderamento.

Os especialistas dessa pesquisa consideram que a crença de que seu corpo é capaz de parir é libertadora para as mulheres e é capaz de livrá-las de muitas situações traumáticas constantemente relacionadas ao evento do parto por meio da sensação de estar no controle dos acontecimentos. A sensação de perda do controle foi validada como característica definidora relevante do sentimento de impotência e é tida como uma incapacidade de atuar sobre as próprias ações conscientemente (PRONANDA, 2014). É uma reação ao estresse ocasionado pelo sentimento de impotência.

Sentir-se fora do controle eleva os níveis do hormônio cortisol e da adrenalina ainda no trabalho de parto, pois fazem a ativação do neocórtex

. Tal ocorrência é altamente prejudicial ao desfecho do nascimento. A mulher, no trabalho de parto, deve desativar o seu neocórtex e ativar o cérebro primitivo para que haja o equilíbrio hormonal necessário para uma adequada fisiologia de parturição (SILVA; SHIMO, 2017; BALASKAS, 2017). No parto ativo, vê-se claramente a mulher entregue à natureza, porém, consciente da importância da sua atuação.

Um parto passivo é como o ato de estar inerte e não tomar atitudes sob influência de circunstâncias, pessoas ou fatores externos. A passividade às intervenções foi uma característica definidora considerada relevante pela análise dos especialistas, pois é uma forma de evidência do sentimento de impotência. Um dos especialistas comentou o fato de que as intervenções podem ser necessárias e benéficas, portanto, solicitou deixar claro sob quais aspectos denota-se a passividade:

Estar passivo às intervenções dos profissionais de saúde significa abster-se de conhecimento acerca do que lhe acorre no momento, não questionar a necessidade de quaisquer condutas, estar, de fato, inerte na circunstância. De outro modo, a não-passividade, garante um comportamento ativo, atento e seguro que não é sinônimo de rejeitar toda e qualquer intervenção, mas de avaliar junto com o profissional que lhe assiste qual a conduta mais adequada para sua vivência (POSSATI *et al.*, 2017; OLIVEIRA; PENNA, 2018).

Apenas a mulher é capaz de reconhecer os seus limites, saber aquilo que lhe pode ser favorável ou não. Assumir a postura de quem deseja construir uma relação simétrica e cuidado compartilhado é comportamento de destaque no cenário do parto, visto que a característica de passividade da mulher tem grandes chances de ser um reflexo da atitude de detentor do saber advinda do profissional de saúde (REIS, 2016; BALASKAS, 2017).

Os sentimentos que foram validados pelos especialistas como características definidoras do sentimento de impotência foram a insegurança, que está relacionada a sentir falta de confiança, sentir-se em risco ou desprotegido; o sentimento de frustração que conceitua-se como sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado; o sentimento de fracasso que é como um sentimento de perda ou mau êxito; a angústia, que se caracteriza como uma sensação psíquica desagradável, quase sempre acompanhada de opressão precordial; e a desesperança que acontece quando a mulher sente a falta ou a perda da esperança, dando lugar ao desânimo ou ao desespero (PRONANDA, 2014).

Estudar os sentimentos não é tarefa fácil devido ao alto grau de abstração e subjetividade que os permeiam. Quando se coloca no cenário do parto normal isso aumenta exponencialmente. O fato de que sentimentos de diversas origens, inclusive contraditórios e imperceptíveis, perpassam a mulher durante o parto normal, é reconhecido em diversas pesquisas, porém, detalha-los e especificá-los a partir da extração do sentido das palavras é tarefa complexa (WEIDLE, 2014; BRASIL, 2017; ZANARDO, 2018; BALASKAS, 2017; REIS, 2016).

Para os especialistas é clara e legítima a caracterização destes como consequentes do sentimento de impotência, que está relacionado diretamente ao comprometimento do protagonismo. O que parece preocupante é que, ainda que o cenário e a história apontem para o parto com todo o contexto biopsicossocial e espiritual, ainda haja profissionais que o isole ao âmbito biológico. Negar a transcendência e abstração do fenômeno do parto é entregar as mulheres a um cuidado incompleto e acrescer riscos à sua saúde e à do bebê (WEIDLE, 2014; BRASIL, 2017; ZANARDO, 2018; BALASKAS, 2017; REIS, 2016).

7 CONCLUSÃO

A etapa de análise de conceito construída por meio da Revisão Integrativa possibilitou a identificação de seis atributos e a construção de duas novas definições para o diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência, bem como evidenciou 20 antecedentes e 10 consequentes deste conceito. A correlação destes elementos com os componentes do diagnóstico na NANDA-I (2018-2020) os classificou entre 12 fatores relacionados, três populações em risco, cinco condições associadas e 10 características definidoras.

Na etapa da análise de conteúdo, o julgamento quanto à relevância de cada termo identificado na literatura e definido conceitual e operacionalmente foi realizado por 29 especialistas de diferentes habilidades e contextos práticos, inclusive diferentes formações: o grupo foi majoritariamente composto por profissionais de enfermagem obstétrica, mas contou com a análise de psicólogos e enfermeiros atuantes na área de diagnóstico de enfermagem. A etapa permitiu a expansão dos componentes diagnósticos do sentimento de impotência e clarificou a ocorrência deste na população de mulheres durante o parto normal.

A nova definição para o diagnóstico em estudo: experiência emocional que resulta em sensação de incapacidade, comprometimento do protagonismo e falta de controle sobre a situação vivenciada, foi analisada e considerada mais apropriada pelos especialistas, sugerindo que a definição atual apresenta lacuna importante. A estrutura para o diagnóstico de enfermagem Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal apresenta as características definidoras: dependência na tomada de decisões, descrença na capacidade do próprio corpo, sensação de perda do controle, passividade às intervenções, sentimento de insegurança, angústia; Desesperança; sentimento de Frustração, sentimento de fracasso e medo.

Quanto aos fatores relacionados foram considerados relevantes a violência obstétrica, a cultura da medicalização, o conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel no cuidado

Compartilhado, comunicação deficiente, rede de apoio social insuficiente, ansiedade, experiências pregressas negativas, pré-natal inadequado, ambiente desfavorável e medo. As populações em risco consideradas relevantes foram a de vulneráveis em Saúde e de primíparas; e entre as condições associadas, validou-se a indução do parto, a distócia e gestação de alto risco.

As estratégias educativas e a prestação de uma assistência humanizada e de qualidade têm potencial para minimizar o sentimento de impotência. Espera-se, com esta pesquisa, subsidiar a formulação de ações de educação em saúde pelos enfermeiros que atuam com mulheres no ciclo gravídico-puerperal por meio do reconhecimento de seus antecedentes e consequentes.

Recomenda-se a realização de novas pesquisas que aprofundem os conceitos e validem diagnósticos, sobretudo os que são subjetivos. Com isso, ampliam-se as possibilidades de compreensão e de tornar palpável cada diagnóstico, o que favorece o seu uso na prática clínica.

Sugere-se ainda a realização da terceira etapa dos estudos de validação de diagnóstico, que consiste na validação clínica, com a finalidade de testar os achados deste estudo com as mulheres durante a vivência do nascimento e subsidiar a prática assistencial do enfermeiro na sua identificação correta e na implementação de intervenções eficazes para de fortalecer a autonomia e o protagonismo das mulheres. Ademais, almeja-se, ainda, auxiliar na atualização da taxonomia da NANDA-I.

Como limitação da pesquisa, compreende-se a dificuldade em captar especialistas experientes em análise de conteúdo de diagnósticos de enfermagem para composição da amostra. Entretanto, a maioria dos participantes tinha especialização e vivência em obstetrícia, o que contribuiu para a qualidade da validação do diagnóstico em estudo.

REFERÊNCIAS

- ALDRIGHI, J. D, *et al*. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 50, n. 3, p. :509-518, 2016.
- ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**,v. 16, n. 2, p.: 241-50, 2012.
- ALVES, F. L. C. *et al.* Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. 1, p. 1-8, 2019.
- AMARAL, R. C. S. *et al*. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180218, 2019.
- AMORIM, T.V. *et al.* Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 500-543, 2017.
- ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto normal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.16, n.1, p. 29-37, 2016.
- ANDRADE, B. P; AGGIO, C. M. **Violência obstétrica: a dor que cala.** In: Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas; 2014. 27-29. Universidade Estadual de Londrina.
- ANDRADE, C. J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. Vínculo-**Revista do NESME**, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017.
- ANDRADE, L.O. *et al.* Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n.. 6., p. :2576-2585, 2017.
- APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- APA. Manual de publicaciones de la American Psychological Association (Tercera Edición). Ciudad de México, México: El Manual Moderno. 2010.
- AROUCK, O. **Atributos de qualidade de informação**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Universidade de Brasília, 2011.
- BALASKAS J. Parto Ativo: Guia prático para o parto natural (a história e a filosofia de uma geração). 3 ed. São Paulo: Ground; 2017.

- BARRETO, C. N. *et al* . "O Sistema Único de Saúde que dá certo": ações de humanização no pré-natal. **RevistaGaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 168-176, 2015.
- BECK, A. T.; STEER, R. A; BROWN., G. K. Manual for the Beck Depresion Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- BENNER, P; TANNER, C; CHESLA, C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics. 2. ed. New York: Springer Publishing Comapny, 2009.
- BONNATI A. F., *et al.* Fatores Associados ao tipo de gestação não planejada na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Fundamentos e Cuidado Online**, v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018.
- BRAGA, C. G., CRUZ, D. A. L. M. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 39, n.3, p. 350-357.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias.** Brasília : Ministério da Saúde 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde SUS maio de 2012 a fevereiro de 2013**. Brasília; 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Despacho 03 de maio de 2019. **Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo "violência obstétrica".** Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verific ador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d648 1d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d82 19e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0

- BRUGGEMANN, O. M. *et al* . No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 152-158, 2015.
- CALCUTÁ, M. T. Entrevista à Revista VEJA, edição 568, 1979, p.4
- CAMACHO, K. G; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 648-655, 2013.
- CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018.
- CARVALHO, L. L.; DELGADO, F. F.; GRINCENKOV, F. R. S. Fatores psicossociais e risco gestacional: revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 170-179, 2019.
- CARVALHO, S. R. *et al.* Medicalização: uma crítica (im) pertinente? Introdução. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1251-1269, 2015.
- CAUS, E. C. M.; *et al.* O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Revista de Enfermagem Escola na Nery**. 2012;16(1):34-40
- CHAVES E. C. L., CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008.
- CHIANCA, T. C. M, Reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: uma contribuição. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 2, n. 3, p. :233-237, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 358/2009, de 15 de outubro de 2009.** In: Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, DF, 15 out. 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica. Disponível em:
- http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210: 2019-05-09-18-50-35&catid=3. Acesso: 24 de janeiro de 2020.
- CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Manejo da dor no trabalho de parto: Analgesia Regional**. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal. Brasília: 2016. p. 149- 184.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J.L; BOYLE, P. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p. 35-55 / 79-86
- COPELLI F. H. S, *et al*. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015.

- CORTÉS, M. *et al.* Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.
- CURSINO, T.P, BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no brasil: Uma revisão sistemática nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2018.
- DIAS, J. F. **O renascimento do parto: discurso e identidade**. Tese (doutorado) Universidade de Brasília. Brasília. Instituto de Letras, Departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas, Programa de Pós-Graduação em Linguística, 2007.
- DINIZ, C. M. Validação de Conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente. 2017. 174f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2017.
- FERNANDES, M.G.M. *et a*l. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1150-1156; 2011.
- FRANÇA, M. S. *et al.* Característica da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 39, n.1, p. e021170303, 2018.
- FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
- GAÍVA, M. A. M; PALMEIRA, E. W. M; MUFATO, L. F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Escola Anna Nery**, v. 21, n.4, p. e2017.0018, 2017.
- GOMES, S. C. *et al.* Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2594-2598, 2018.
- GOTARDO, A. T. Parto humanizado, empoderamento feminino e combate à violência: uma análise do documentário. **Revista Digital de Cinema Documentário**, v. 1, n. 23, p. 29–45, 2018.
- GOTTARDO, L. F. S; FERREIRA, M. C. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 1, 2015.
- GUALDA, D.R.M. Os vazios da assistência obstétrica:reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. Revista Escola de Enfermagem da.USP, v.28, n.3, p. 332-6, 1994.
- HAYDU, V. B.; FORNAZARI, S. A.; ESTANISLAU, C. R. Psicologia e Análise do Comportamento: Conceituações e Aplicações à Educação, Organizações, Saúde e Clínica. Londrina: Eduel, 2014.
- HODNETT, E. D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Systematic Reviews**, v. 15, n. 7, p. 1-2, 2013.

- HWANG J, CIMINO J. J, BAKKEN S. Integrating nursing diagnostic concepts into the medical entities dictionary using the ISO Reference Terminology Model for Nursing Diagnosis. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 10, n. 4, p. 382-388, 2003.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2018- 2020. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- HOSKINS, L. M. Clinical validacion, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROL-JOHNSON, R. M. et al. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Filadélfia: Lippincott, 1989.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Reviewer's Manual. Adelaide (Australia): Royal Adelaide Hospital; 2008.
- KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H.G.; GONCALVES, A.C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. Escola Anna Nery, v. 22, n. 1, p. e20170013, 2018.
- KRUNO, R. B; SILVA, T. O; TRINDADE, P. T. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. **Saúde**, v. 43, n.1, p. 22-30, 2017.
- LEAL, M. C; GAMA, S.G.N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p.17-32, 2014.
- LIMA, B. C. S. *et al.* Feelings amongst high-risk pregnant women during induction of labor: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 2, p. 254-264, 2016.
- LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.
- MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p.
- MARIN HF. Terminologia de referência em enfermagem: a norma ISO 18104. **Acta Paulista de** Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 445-448, 2009.
- MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa Humanização do Pré-natal e nascimento e Rede cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.
- MASCARENHAS, V. H. *et al.* Evidências científicas sobre método não farmacológico para alivio da dor do parto. **Acta Paulista**. V. 32, n. 3, p. 350-357, 2019.
- MEDEIROS, L. M. O. P; BATISTA, S. H. S. S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. Trabalho, educação e saúde, v. 24, n. 3, p.925-951, 2016.

MEDEIROS R. M. K, *et al.*. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 9, n.6, p.. 1091-1098, 2016.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 40, n.1, p.e20180233, 2019.

MEI, J. Y. *et al.* Birth plans: what matters for birth experience satisfaction. **Birth**, v. 43, n. 2, p. 144-150, 2016.

MENDES, M. S. F., *et al.* O uso de analgesia farmacológica influência no desfecho do parto? **Revista Acta Paulista**, v. 30, n. 5, p. 458-465, 2017.

MENDES K.D.S.; SILVEIRA R.C.C.P.; GALVÃO C.M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, v.17, n. 4, p. 758-764. 2008.

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

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec; 2007.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da Língua Portuguesa**. Editora Melhoramentos Ltda. 2019.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Prenhezgemelar. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 11.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.432-453.

MUÑOZ-SELLÉS, E.; GOBERNA-TRICAS, J.; DELGADO-HITO, P. La experiência de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidade de las terapias complementarias y alternativas. Matronas Prof. Barcelona, v. 17, n. 2, p. 51-58, 2016.

NASCIMENTO, J. P. *et al.*O Empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v.10, n. 1, p.4182-4187, 2016.

NASCIMENTO, R. R. P. *et al* . Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n.1, p. 119-126, 2015.

NICIDA, L. R. A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1147-1154, 2018.

ODENT, M. A cientificação do amor. 2a ed. Florianópolis: Saint Germain; 2002.

OLIVEIRA, A. R. S. *et al.*. **Validação clínica dos** diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 21, n.1, p. 113-120, 2013.

- OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1228-1236, 2018.
- OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 23-250.
- PENNELL A. *et al.* Anesthesia and analgesia—related preferences and outcomes of women who have birth plans. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 56, n 4, p. 376-81, 2011.
- PEREIRA, R. R; FRANCO, S. C; BALDIN, N. A dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n.3, p. 366-378, 2011.
- PEREIRA, B. G. M; MOTA, C. F. **Análise conceitual do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência**. In: Congresso de Iniciação Científica FAPEMIG. Anais Eletrônicos de Iniciação Científica, v. 2, n. 1, p. 1-4, 2018.
- PIMENTEL, T.A.; OLIVEIRA, E.C. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 187-199, 2016.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- PONDE, D. Z. F. O conceito de medo em Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 82-131, 2011.
- PORTELA, M. C. *et al.* Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. e00072818, 2018.
- POSSATI, A. B. *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.
- PRATES, L. A. *et al.* Being born at home is natural: care rituals for home birth. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 71, n3., p.1247-56, 2018.
- PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 9, n. 1, p. 91-97, 2001.
- PRONANDA **Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: conceitos básicos. Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed, 2014, P. 50-58
- REIS, T.L.R., *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v.38, n. 1, p.e64677, 2017.
- RHODE, A. M. 2016. A outra dor do parto: género, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto. Dissertação de Mestrado. Faculdade de ciências sociais e humanas Lisboa, 2016.

- ROHDEN, F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, 2002.
- RODRIGUES, A. R.M. *et al.* Nursing care in high-risk pregnancies: an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 3, p. 472-483, 2016.
- RODRIGUES, F.R. *et al.* Pré natal humanizado: estratégias de enfermagem na prepração para o parto ativo. **Revista Saúde em Foco** Edição nº 10 Ano: 2018.
- RUDNICKI, T.; SANCHEZ, M. M. Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.
- SANFELICE C. F. O. *et al.* Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2015.
- SANTANA, F.A.; LAHM, J. V.; SANTOS, R. P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 123-127, 2015.
- SANTOS, F. S. R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. e00143718, 2019.
- SCARTON J. *et al.* It was Worth it when I saw his face: experience of primiparous women during natural childbirth. **Revista Gaúcha de Enfermagem**,, v. 36, n. 1, p. 143-151, 2015
- SCAPIN, S. Q. *et al.* INDUÇÃO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: MÉTODOS E DESFECHOS. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, 2018.
- SEIXAS, C. T. *et al* . O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface (Botucatu), v. 23, n. 1, p. e170627, 2019.
- SILVA, A. L. S. *et a*l. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 1, p. 1-14, 2015.
- SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.,; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras no parto normal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** v.19, n. 3, p.424-431, 2015.
- SILVA, M. M. J. *et al* . Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 1, p. e03253, 2017.
- SILVA, M.G; SHIMO, A.K.K. Influência da iluminação nas expressões emocionais de parturientes: ensaio clínico randomizado. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 30, n. 3, p. 217-226, May 2017
- SPERLING, S. G. *et al.* Perceived pain and stress in post-vaginal delivery women. **Revista Dor**, v. 17, n. 4, p. 289-293, 2016.
- SOUZA, G. N, *et al.* Métodos de indução do trabalho de parto. **Femina,** v.41, n. 1, p. 47-54, 2013.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3505.pdf. Acesso em: 02 jan. 2020.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 419-427, 2003.

TOSTES, N.A.; SEIDL, E.M.F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suaspercepções acerca da preparação para o parto. Temas psicologia, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016.

VIEIRA, E. M. A.**A medicalização do corpo feminino**. Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2002

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

ZANARDO, G.L.P. Violência obstétrica no brasil:uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v.29, n. 1, p.e155043, 2017.

ZUGAIB, M. Obstetrícia. Ed. Manole, 2a edição, 2012.

WALKER, L.O., AVANT, K.C. Strategies for theory construction in nursing. 3rd ed. Norwalk: Appleton& Lange; 1995.

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

WEIDLE, W. G. *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014.

WILHELM L, *et al.* Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. **Online Brazilian Journal Nursing**, v.14, n. 3, p. 284-293, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 326, n. 8452, p.436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking**. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: < https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>. Acesso em 02 jan. 2019.

WORLD HEALTH **ORGANIZATION. WHO** recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: World Health Organization; 1996.

APÊNDICE A - CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS

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

Prezado(a) Especialista,

Eu, Fernanda Rocha Apolônio Leão, enfermeira obstétrica e mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), estou desenvolvendo a pesquisa intitulada "Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem 'Sentimento de Impotência' em mulheres durante o parto normal" sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Francisca Márcia Pereira Linhares e coorientação da Prof^a. Dr^a. Suzana de Oliveira Mangueira.

Venho por meio desta, solicitar a sua colaboração com este estudo. Sua participação envolverá a apreciação e o julgamento da definição do diagnóstico de enfermagem 'Sentimento de Impotência' e da adequação dos fatores relacionados, populações em risco, condições associadas e características definidoras do diagnóstico em estudo, bem como de suas definições conceituais e operacionais para o contexto do parto normal. Diante do instrumento de coleta de dados, o (a) Sr. (a) deverá julgar a relevância, clareza e precisão desses indicadores por meio de valores pré-estabelecidos.

Caso aceite participar, solicito que responda este e-mail. Assim que recebido o email de concordância, será enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, posteriormente, o questionário com as instruções necessárias.

Solicito ainda, se possível, a indicação de mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho. Aguardo sua resposta e, desde já, agradeço o seu apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Fernanda Rocha Apolônio leão.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) Enfermeiro (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa "Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal", que está sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Rocha Apolônio Leão, residente na Rua dos Coelhos, 485. CEP 50070-555 – Boa Vista, Recife – PE. Telefone para contato: (81) 999940676; email: fernanda.apolonio@hotmail.com, sob a orientação da Profa Dra Francisca Márcia Pereira Linhares. Contatos: telefone (81) 988612232; e-mail: marciapl27@gmail.com e coorientação da Profa. Dr^a. Suzana de Oliveira Mangueira. e-mail: suzanaom@gmail.com.

Caso haja alguma dúvida, ela poderá ser esclarecida com a responsável por esta pesquisa. Após todos os esclarecimentos, e caso concorde com a participação na realização do estudo, pedimos que clique na caixa "Li e concordo com o termo de consentimento livre e esclarecido". Assim, poderá seguir para a próxima página, tendo acesso aos questionários.

O (a) Sr. (a) tem liberdade para decidir participar e para recusar o convite, bem como desistir a qualquer momento da pesquisa, retirando o consentimento dado, sem que isso lhe acarrete qualquer problema ou penalidade. É um direito que lhe assiste.

SOBRE A PESQUISA

Este estudo tem como objetivo validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal. Sua participação se dará por meio da avaliação de um instrumento construído pelas pesquisadoras, onde você deverá realizar o julgamento da adequação dos itens

relacionados ao diagnóstico de enfermagem em estudo, na população específica. A sua participação na pesquisa se encerra após o preenchimento e envio do material.

O estudo não oferece risco à sua integridade física. Os riscos referentes a este estudo são de cansaço mental devido ao preenchimento de instrumentos extensos e que exigem grande atenção e raciocínio complexo frente à tela. Para minimizá-los, será oferecido prazo de 30 dias para que possa responder a seu tempo e em ambiente escolhido por você. Caso julgue necessário, poderemos enviá-lo o material impresso.

Os benefícios do estudo estão relacionados à importância do produto final para a Enfermagem e para as mulheres que se beneficiarão de profissionais com olhar sensibilizado na prática assistencial, de educação em saúde e no desenvolvimento de pesquisas na área. Além disso, poderá favorecer o uso do diagnóstico de enfermagem em estudo com a população de gestantes e parturientes e possibilitar a atualização da taxonomia da NANDA-I, bem como uma possível validação clínica.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos especialistas, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa via formulário Google Forms ficarão armazenados nos arquivos e computadores da UFPE sob a responsabilidade da pesquisadora e orientadora pelo período de cinco anos.

A sua participação na pesquisa não acarretará pagamentos nem cobranças, reafirmando a participação voluntária. Porém, fica garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

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

(Assinatura do pesquisador)

() aceito participar da pesquisa como voluntário.

APÊNDICE C- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Prezado Especialista,

Este estudo consiste em uma Dissertação de Mestrado intitulada "Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal".

Inicialmente realizou-se uma revisão integrativa da literatura para subsidiar a análise de conceito do diagnóstico e a construção deste instrumento. Na análise de conceito foi elaborada uma nova definição para o diagnóstico e definições conceituais (que tem por objetivo definir o conceito com significado conotativo) e operacionais (que tem o objetivo de definir como o conceito será mensurado na realidade/prática) para os antecedentes e consequentes do Sentimento de impotência.

Nesta segunda etapa, busca-se verificar junto a especialistas na temática, a melhor definição para o diagnóstico, a **relevância** dos itens e a clareza e precisão das definições conceituais e operacionais dos fatores relacionados, populações em risco, condições associadas e características definidoras do *Sentimento de impotência*. Assim, contamos com a sua experiência e disponibilidade para responder o instrumento, o qual é dividido em duas partes: Caracterização do especialista e análise de conteúdo.

Como dito anteriormente, estas definições deverão ser avaliadas considerando a:

Relevância – é a propriedade que identifica o valor, o interesse ou a implicação da informação para o fim a que se propõe;

Clareza – deve proporcionar perfeito entendimento por uma escrita clara e direta;

Precisão – refere-se à informação livre de erro ou engano, conformidade à verdade ou a um padrão.

Após a leitura de cada definição conceitual, solicita-se que você marque a que considere mais adequada ao **Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência em mulheres durante o parto normal.**

Na análise dos componentes diagnósticos, para cada critério, você deverá assinalar **uma** das opções de pontuação:

- 1 Discordo totalmente:
- 2 Discordo parcialmente;
- 3 Nem concordo nem discordo;
- 4 Concordo parcialmente;

5 – Concordo totalmente.

PONTUAÇÃO	RELEVÂNCIA	CLAREZA	PRECISÃO
1	O componente não	A definição proposta	A definição proposta
Discordo totalmente	apresenta qualquer relação com o	está descrita de forma incompreensível e	não inclui nenhum dos elementos essenciais
	diagnóstico.	necessita de uma revisão completa.	para caracterizar o componente
2	O componente do	A definição proposta	A definição proposta
Discordo	diagnóstico apresenta	está descrita de forma	inclui poucos
parcialmente	pouca relação com o	pouco compreensível	elementos dentre os
	diagnóstico.	e necessita de ajustes.	necessários para
			caracterizar o componente.
3	O componente do	A definição proposta	A definição proposta
Indiferente	diagnóstico apresenta	está descrita de forma	inclui alguns elementos
	relação duvidosa com	compreensível, porém	necessários para
	o diagnóstico.	pode necessitar de	caracterizar o
		alguns ajustes.	componente.
4	O componente do	A definição proposta	A definição proposta
Concordo	diagnóstico está	está descrita de forma	inclui quase todos os
parcialmente	fortemente	compreensível, porém	elementos necessários
	relacionado ao	pode se beneficiar de	para caracterizar o
	diagnóstico embora	alguns pequenos	componente.
	apresente alguma	ajustes.	
	relação com outros fenômenos similares.		
5	O componente do	A definição proposta	A definição proposta
Concordo totalmente	diagnóstico está	está descrita de forma	inclui todos os
	diretamente	compreensível sem a	elementos necessários
	relacionado ao	necessidade de ajustes	para caracterizar o
	diagnóstico.		componente
			•

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

Caso discorde de alguma definição apresentada, você poderá propor modificações no espaço reservado.

A saber:

Diagnóstico de enfermagem: julgamento clínico realizado pelo enfermeiro sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade.

Fatores relacionados: Incluem etiologias, circunstâncias, fatos ou influências que tem certo tipo de relação com o diagnóstico de enfermagem.

Caracteristicas definidoras: São indicadores/interferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico - sinais e sintomas.

Condições associadas: estão relacionadas a diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos e não são modificáveis pelo enfermeiro de forma independente.

Populações em risco: grupos de pessoas com características comuns que fazem cada indivíduo ser suscetível a uma determinada resposta humana. Tais características não são passíveis de modificação pelos enfermeiros.

Caso julgue algum item como 1, 2, 3 ou 4, se possível, utilize o espaço indicado para justificativa, sugestões de modificação ou exclusão, bem como outras considerações que julgar pertinentes.

Esta etapa é essencial para o desenvolvimento de nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição. Assim, solicitamos que responda o instrumento em um prazo de 20 dias. À disposição,

Mestranda: Fernanda Rocha Apolônio Leão (fernanda.apolonio@hotmail.com)

Orientador: Francisca Márcia Pereira Linhares (marciapl27@gmail.com)

Coorientadora: Suzana de Oliveira Mangueira (suzanaom@gmail.com)

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino
Idade (anos completos):
Cidade em que trabalha:
Titulação: 1. () Especialista 2. () Mestre 3. () Doutor
Área da especialização:
Tema do Trabalho de Conclusão:
Área do Mestrado:
Tema da Dissertação de Mestrado:
Área do Doutorado:
Tema da Tese de Doutorado:
Ocupação atual:
Tempo de formação profissional (anos completos):
Tempo de experiência com Obstetrícia, se houver (anos completos):
Tempo de prática na área de diagnóstico de enfermagem, se houver (anos completos):

questões 1, 2, 3 e 5):
1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a)/coorientador (a),
estudo na temática Terminologias de Enfermagem na forma de:
a. () Monografia de graduação b. () Monografia de especialização c. () Dissertação
d. () Tese e. () Artigos científicos f. () Outros
Se sim, qual (is) terminologia (s)?
2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a)/coorientador (a),
estudo na temática do Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência na forma de:
a. () Monografia de graduação b. () Monografia de especialização c. () Dissertação
d.() Tese e. () Artigos científicos f. () Outros
3. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a)/coorientador (a), estudo na temática <i>Parto Normal</i> na forma de: a. () Monografia de graduação b. () Monografia de especialização c. () Dissertação d.() Tese e. () Artigos científicos f. () Outros
4. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática Terminologias de Enfermagem ou parto normal? 1. () Sim 2. () Não Se sim:
Qual o nome do grupo/ projeto:
Por quanto tempo participou ou participa do grupo?
5. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais? a. () Hospital b. () Instituição de ensino c. () Unidade básica de saúde d. () outro
6. Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional? a. () Sim. b. () Não.
7. Se sim, responda: 1. () assistência 2. () ensino 3.() ambos Por quanto tempo?

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas

8. Presta/prestou assistência de enfermagem a mulheres durante o Parto normal ou com o
Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência?
a. () Sim b. () Não
Se sim:
() mulheres durante o Parto normal
() Pessoas com o Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de Impotência
() mulheres durante o Parto normal que apresentaram Diagnóstico de Enfermagem Sentimento
de Impotência
Qual local:
Há quanto tempo:
9. Já identificou o diagnóstico de enfermagem <i>Sentimento de Impotência</i> em sua prática clínica?
a. () Nunca b. () Poucas vezes c. () Frequentemente
10. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática Diagnóstico de
enfermagem? a. () Sim b. () Não
engennagen an () 2 m en () 1 m e
11. No ensino, ministra/ já ministrou disciplinas que abordam a temática <i>Parto Normal</i> ?
a. () Sim b. () Não
PARTE 2- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA DURANTE O PARTO NORMAL
SENTIMENTO DE IMI OTENCIA DURANTE OTARTO NORMAL
A seguir, leia atentamente os itens referentes ao Diagnóstico de Enfermagem Sentimento de
Impotência em mulheres durante o parto normal.
1. Escolha a definição conceitual mais adequada ao diagnóstico de enfermagem Sentimento
de Impotência:
Definição do diagnóstico de enfermagem
D.C. 1 () E 2 2 2 1 1 1 1 2 2 2 2 2
Definição I (): Experiencia vivida de faita de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção
Definição 1 (): Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado¹. (NANDA I, 2018)
de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado¹. (NANDA I, 2018)
de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado¹. (NANDA I, 2018) Definição 2 (): Experiência emocional de falta de controle sobre uma situação, percepção de que as
de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado¹. (NANDA I, 2018) Definição 2 (): Experiência emocional de falta de controle sobre uma situação, percepção de que as próprias ações não afetam um resultado, sensação de incapacidade e comprometimento do
de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado¹. (NANDA I, 2018) Definição 2 (): Experiência emocional de falta de controle sobre uma situação, percepção de que as próprias ações não afetam um resultado, sensação de incapacidade e comprometimento do protagonismo. (Análise de conceito)
de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado¹. (NANDA I, 2018) Definição 2 (): Experiência emocional de falta de controle sobre uma situação, percepção de que as próprias ações não afetam um resultado, sensação de incapacidade e comprometimento do protagonismo. (Análise de conceito) Definição 3 (): Experiência emocional que resulta em sensação de incapacidade, comprometimento
de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado¹. (NANDA I, 2018) Definição 2 (): Experiência emocional de falta de controle sobre uma situação, percepção de que as próprias ações não afetam um resultado, sensação de incapacidade e comprometimento do protagonismo. (Análise de conceito) Definição 3 (): Experiência emocional que resulta em sensação de incapacidade, comprometimento do protagonismo e falta de controle sobre a situação vivenciada.(Análise de conceito)

2. Estão dispostas as definições conceituais e operacionais de cada item estudado. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à **relevância** de cada componente e **a clareza** e a **precisão** de suas definições conceituais e operacionais em relação às mulheres durante o parto normal. Assinale 1- discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- indiferente; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente.

COMPONENTES DIAGNÓSTICOS			
	FATORES RELACIONADOS		
1. Violência obstétrica			
Relevância 1() 2() 3() 4() 5()		
Sugestões:			
Classificação: fator rel	acionado		
DEFINIÇÃO		CLAREZA	PRE CIS ÃO
Definição conceitual: Imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis que está diretamente relacionada à relação de poder que circunda o parto.		1()2()3()4()5()	1() 2() 3() 4() 5()
Definição operacional: Relato de violência física e/ou psicológica, intervenções desnecessárias e desrespeito à individualidade da mulher.		1()2()3()4()5()	1() 2() 3() 4() 5()
SUGESTÕES 2. Cultura da medicalização Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()			
Sugestões:			
Classificação: fator rel	acionado 	CLADEZA	DDE
DEFINIÇÃO		CLAREZA	PRE CIS

		ÃO
Definição conceitual: Referência cultural em que o ato médico é visto como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens. Processos considerados naturais se transformam em patológicos.	1()2()3()4()5()	1()2 ()3()4() 5()
Definição operacional: Relato de necessidade de se automedicar ou procurar um atendimento médico e/ou terapêutico, sem a real noção dos riscos dos fármacos e intervenções desnecessárias. SUGESTÕES	1()2()3()4()5()	1()2 ()3()4() 5()

3. Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: fator relacionado			
DEFINIÇÃO		CLAREZA	PREC ISÃO
Definição conceitual: Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas ao desempenho do papel, que pode resultar em participação inadequada no cuidado.		1()2()3()4()5()	1()2 ()3()4() 5()

			117	
Definição operacional: Percepção do déficit de conhecimento quando questionadas		1()2()3()4()5()	1 () 2 () 3() 4() 5()	
sobre o papel a ser desempenhado. Comportamento inapropriado e pouca				
participação no cuidado.				
SUGESTÕES	<u> </u>	<u> </u>		
4. Comunicação deficie	nte			
Relevância 1 () 2 () 3(Sugestões:) 4() 5()			
Classificação: fator rela	poionado			
DEFINIÇÃO	acionado	CLAREZA	PREC	
DEFINIÇAO		CLAREZA	ISÃO	
Definição conceitual: Falha na emissão, transmissão ou recebimento de mensagens entre equipe de saúde e a mulher.		1()2()3()4()5()	1 () 2 () 3() 4() 5()	
Definição operacional: Percepção do enfermeiro ou relato verbal da mulher de incompreensão ou ausência de comunicação eficaz.		1()2()3()4()5()	1 () 2 () 3() 4() 5()	
SUGESTÕES				
5. Ansiedade Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()				
Sugestões:				
Classificação: fator relacionado				
DEFINIÇÃO	NAMES	CLAREZA	PRECI SÃO	
	<u> </u>		5.10	

		120
Definição conceitual: Sentimento vago e desagradável de apreensão, caracterizado por tensão, desconforto e preocupação ocasionado pela antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Esse sentimento passa a ser reconhecido como patológico quando ocorre de forma exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, ou diferente do que se espera como normal em determinada faixa etária e interfere na qualidade de vida, no	1()2()3()4()5()	1()2 ()3() 4()5()
conforto emocional ou		
no desempenho diário		
das pessoas.		
Persona.		
Definição operacional:		
Relato de sentimento	1()2()3()4()5()	1()2
vago e desagradável de		()3()
apreensão, caracterizado por		4() 5()
caracterizado por tensão, desconforto e)
preocupação		
ocasionado pela		
antecipação de perigo,		
de algo desconhecido		
ou estranho. Quando o relato de ansiedade é		
de curta duração,		
autolimitado e		
relacionado ao		
estímulo do momento,		
tem-se uma ansiedade		
considerada normal,		
do contrário, tem-se a patológica.		
patologica. É possível ainda		
aplicar escalas como o		
Inventário Beck que		
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
avalia o nível de ansiedade.		

	121
SUGESTÕES	
6. Experiências pregressas negativas	
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()	

Sugestões:
Classificação: fator relacionado

Classificação: lator relacionado		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECI SÃO
Definição conceitual: Experiência vivida anteriormente com desfechos emocionais negativos que podem gerar impacto sobre vivências atuais.	1()2()3()4()5()	1()2 ()3() 4()5(
Definição operacional: Relato de vivências negativas relacionadas a acontecimentos anteriores que, geralmente, são associados ao atual.	1()2()3()4()5()	1 () 2 () 3() 4() 5(

SUGESTÕES

7. Expectativas irreais

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões

Sugestões:		
Classificação: fator relacionado		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECI SÃO
Definição conceitual: Ato de esperar de algo/alguém/alguma situação o que foi idealizado pelo próprio imaginário mas não condiz com a realidade provável ou possível.	1()2()3()4()5()	1 () 2 () 3() 4() 5(
Definição operacional: Relato que evidencia o desejo de que os acontecimentos fossem diferentes.	1()2()3()4()5()	1 () 2 () 3() 4() 5(
SUGESTÕES		

o. I i t-natai mautuuaut	8.	Pré-natal	inadeo	ruado
--------------------------	----	-----------	--------	-------

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: fator relacionado		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECI SÃO
Definição conceitual:		
É aquele em que não	1()2()3()4()	
são encontradas as	5()	
realizações de		
estratégias de		
prevenção e		
promoção da saúde		
do binômio mãe-feto,		
não são garantidos os		
exames laboratoriais e		
número de consultas		
mínimos e há		
insatisfação das		
usuárias no		
atendimento às suas		
necessidades.		
Definição operacional:		
, -	1()2()3()4() 1()2() 3() 4()
O fator será avaliado	5() 5()	
quanto ao relato de		
insatisfação da		
gestante no		
atendimento durante		
as consultas e da não		
participação em		
estratégias de		
prevenção e promoção		
da saúde, além da		
apresentação de cartão		
pré-natal sem registro		
do número de		
consultas e realização		
de exames mínimos		
preconizados.		

SUGESTÕES

9. Ambiente institucional disfuncional

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: fator relacionado

DEFINIÇÃO Definição conceitual: É um ambiente desfavorável à mulher em trabalho de parto em relação à estrutura física, ao atendimento inadequado dos profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do enfermeiro sobre as			123
É um ambiente desfavorável à mulher em trabalho de parto em relação à estrutura física, ao atendimento inadequado dos profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
desfavorável à mulher em trabalho de parto em relação à estrutura física, ao atendimento inadequado dos profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do			
em trabalho de parto em relação à estrutura física, ao atendimento inadequado dos profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	É um ambiente	1()2()3()4()	1()2()3()4()
em relação à estrutura física, ao atendimento inadequado dos profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	desfavorável à mulher	5()	5()
física, ao atendimento inadequado dos profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	<u>-</u>		
inadequado dos profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do			
profissionais e à falta privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	•		
privacidade. Ambiente não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	<u>-</u>		
não familiar, hostil. É fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do			
fator relacionado e de risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do			
risco para o sentimento de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	*		
de impotência. Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do			
Definição operacional: Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	-		
Relato da mulher quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do	-		
quanto ao desconforto em relação ao ambiente. Percepção do			
em relação ao ambiente. Percepção do	1		
ambiente. Percepção do	_	5()	5()
Percepção do			
enfermeiro sobre as			
	•		
características do	•		
ambiente			
favorável/desfavorável.	favorável/desfavorável.		
CUCECTÕES	GYLGERGE ÖNG		

SUGESTÕES

10. Dor

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: fator relacionado							
DEFINIÇÃO		CLAREZA	PRECI SÃO				
Definição conceitual:							
Experiência sensorial		1()2()3()4()5()	1()2				
e emocional			()3()				
desagradável de			4()5(
início súbito ou lento,)				
de intensidade leve a							
intensa. É variada e							
particular, pois							
depende da reação de							
cada pessoa. É							
provocada por um							
determinado estímulo							
que afeta receptores							
especializados.							
Definição							
operacional:		1()2()3()4()5()	1()2				
Relato verbal de dor,			()3()				
expressão facial e			4() 5(
corporal referente à)				

		124
dor. Utilização de escala de dor Lanns e Eva.		
SUGESTÕES	'	
11 C		
11. Ser profissional de saúde		
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()		
Sugestões:		
Classificação: fator relacionado DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECI
DEFINIÇAO	CLAREZA	SÃO
Definição conceitual: Exercer atividade laboral com fins de cuidado aos indivíduos.	1()2()3()4()5()	1 () 2 () 3() 4() 5(
Definição operacional: Checar informações acerca da ocupação da mulher.	1()2()3()4()5()	1 () 2 () 3() 4() 5(
SUGESTÕES		
12.Medo		
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()		
Sugestões:		
Classificação: fator relacionado/o		PDECI
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECI SÃO
Definição conceitual: Sensação de	1()2()3()4()5()	1()2
preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e	1()2()3()4()3()	() 3() 4() 5(
identificado, real ou imaginário. Em geral, a experiência		
do medo traz um complemento que torna concreto o contimento.		

sentimento

denotando a que está

		123
relacionado.		
Definição		
operacional:	1()2()3()4()5()	1()2
Relato de sensação de		()3()
preocupação ou		4()5(
apreensão por um)
perigo externo		
conhecido e		
identificado.		
Exemplos:		
Como Fator		
relacionado - Medo		
de intervenções, do		
parto, da violência,		
retaliação, da		
ausência de cuidados.		
Como Característica		
definidora – medo de		
não conseguir, de		
complicações, da		
morte, da condição		
do bebê se tornar		
desfavorável.		
SUGESTÕES		

ANSIEDADE - ESCALA IDATE

IDATE - ESTADO (SPIELBERGER)

Abaixo encontram-se afirmações que as pessoas usam para descreverem a si mesmas.

Muitíssimo: 4	Muitissimo: 4 Bastante: 3 Um pouco: 2		Ab	Absolutamente não: 1				
1. Sinto-me calmo (a)			1	2	3	4		
2. Sinto-me seguro (a)			1	2	3	4		
3. Estou tenso (a)			1	2	3	4		
4. (Item não validado para	a a população de mulher	es gestantes ou em Tral	balho de	Parto)				
5. Sinto-me à vontade			1	2	3	4		
Sinto-me perturbado (a).		1	2	3	4		
7. Estou preocupado (a) o	/ possíveis infortúnios		1	2	3	4		
Sinto-me descansado (a)		1	2	3	4		
9. Sinto-me ansioso (a)			1	2	3	4		
 Sinto-me confortável 			1	2	3	4		
11. Sinto-me confiante			1	2	3	4		
12. Sinto-me nervoso (a)			1	2	3	4		
13. Estou agitado (a)			1	2	3	4		
14. Sinto-me uma pilha de	nervos		1	2	3	4		
15. Estou relaxado (a)			1	2	3	4		
16. Sinto-me satisfeito (a)			1	2	3	4		
17. Estou preocupado (a)			1	2	3	4		
Sinto-me super-excitade	o e confuso (a <u>)</u>		1	2	3	4		
19. Sinto-me alegre			1	2	3	4		
20. Sinto-me bem			1	2	3	4		

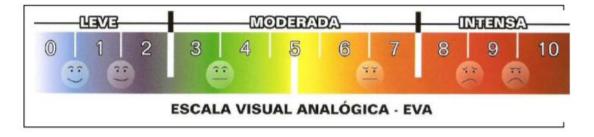
IDATE - TRAÇO (SPIELBERGER)

Marcar número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Muitíssimo: 4 Bastante: 3 Um pouco: 2					Absolutamente não: 1			
. Sinto-m	e bem			1	2	3	4	
. Canso-r	ne facilmente			1	2	3	4	
. Tenho v	ontade de chora	ar		1	2	3	4	
 Gostaria 	a de poder ser tå	ão feliz quanto os outros	parecem ser	1	2	3	4	
. Perco o	portunidades po	rque não consigo toma	decisões rapidamente	1	2	3	4	
. Sinto-m	e descansado		-	1	2	3	4	
. Sinto-m	e calmo (a), pon	derado (a) e senhor (a)	de mim mesmo (a)	1	2	3	4	
. Sinto qu	e as dificuldade	s estão se acumulando	de tal forma que não consi	go res	olver			
-				1	2	3	4	
. Preocup	o-me demais c/	coisas sem importância	1	1	2	3	4	
0. Sou feliz	Z			1	2	3	4	
1. Deixo-m	ne afetar muito p	elas coisas		1	2	3	4	
Não ten	ho muita confiar	nça em mim mesmo (a)		1	2	3	4	
Sinto-me	e seguro			1	2	3	4	
4. Evito ter	que enfrentar o	rises ou problemas		1	2	3	4	
Sinto-m	e deprimido			1	2	3	4	
Estou sa	atisfeito (a)			1	2	3	4	
17. Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando								
			-	1	2	3	4	
8. Levo os	desapontament	os tão a sério que não	consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4	
9. Sou um	a pessoa estáve	<u>'</u>	-	1	2	3	4	
0. Fico ten	so (a) e perturba	ado (a) quando penso e	m meus problemas do mon	nento			_	
		•	•	1	2	3	4	

A correção do IDATE é feita somando-se os valores dos itens. Nos itens onde escores altos indicam baixa ansiedade (por exemplo: "Sinto-me calmo") inverte-se o valor da pontuação daquele item no momento da contagem (1 vale 4, 2 vale 3, 3 vale 2, e 4 vale 1).O escore original varia de 20 a 80. A média populacional é de 40. Pontuações acima de 42 orientam para uma tendênciaà ansiedade.

DOR - ESCALA VISUAL ANALÓGICA



COMPONENTES DIAGNÓSTICOS

1. Extremos de idade

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: população em risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual:		
Na classificação de risco obstétrico, considera-se a	1()2()3()4()5()	1()2()3()4()
gestante com até 19 anos no extremo de idade		5()
mínimo e com idade avançada, as gestantes com		
35 anos ou mais. ^{7, 14}		
Definição operacional:		
Considerar data de nascimento da gestante.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4()
		5()

2. Primiparidade

Relevância 1 () 2 () 3() 4(x) 5()

Sugestões:

Classificação: população em risco **DEFINIÇÃO PRECISÃO CLAREZA** Definição conceitual: Estado ou condição da mulher que vai parir o 1()2()3()4()5() 1()2()3() primeiro filho.20 4()5() Definição operacional: Relato ou constatação por meio de anamnese de 1()2()3() 1()2()3()4()5() que a mulher está gestando/parindo o primeiro 4()5() filho.

SUGESTÕES

3. Vulnerabilidade Social

Relevância 1 () 2 () 3() 4(x) 5()

Sugestões:

Classificação: população em risco **DEFINIÇÃO CLAREZA PRECISÃO** Definição conceitual: Situação de fragilidade associada a fatores 1()2()3() 1()2()3()4()5() econômicos, sociais, culturais, pessoais. 4()5() Definição operacional: Constatação do enfermeiro ou relato da mulher 1()2()3()4()5() 1()2()3() sobre características de vulnerabilidade em 4()5()

		128				
fatores econômicos, sociais, culturais ou pessoais.						
SUGESTÕES						
DODUI A CÃ	O EM RISCO					
POPULAÇA	O EM RISCO					
CONDICÃO) ASSOCIADA					
1. Indução do parto	ASSOCIADA					
1. Mauşuv av partv						
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()						
Sugestões:						
Classificação: condição associada	CLAREZA	PRECISÃO				
Consiste em estimular artificialmente as contrações						
uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início	1()2()3()4()5()	1()2()3()				
espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres com indicação específica.		4()5()				
Definição operacional:						
Verificar em prontuário a utilização de algum método de	1()2()3()4()5()	1()2()3()				
indução do parto.		4()5()				
SUGESTÕES						
SUGESTUES						
2. Distócia						
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()						
Sugestões:						
Sugestões: Classificação: condição associada						
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO				
Definição conceitual:						
É toda dificuldade ou anormalidade que pode ser	1()2()3()4()5()	1()2()3()				
encontrada durante o trabalho de parto. É qualquer perturbação no bom andamento do parto em que		4()5()				
estejam implicadas alterações dos fatores fundamentais:						
força motriz, objeto e trajeto.						
Definição operacional:						
Identificar ou observar em prontuário os sinais clínicos da distócia por meio da ocorrência de alterações de	1()2()3()4()5()	1()2()3()				
fatores fundamentais do parto.		4()5()				
SUGESTÕES						
3. Analgesia						
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()						
Sugestões:						
Classificação: condição associada	CL A DETA	PDEGIG ~ O				
DEFINIÇÃO Definição conceitual:	CLAREZA	PRECISÃO				
Uso de substâncias que bloqueiam a dor e as sensações	1()2()3()4()5()	1()2()3()				
em uma parte do corpo e podem restringir movimentos	(, (,-(,)-(,)-(,)	4()5()				
. No parto normal, podem ser utilizadas a peridural e						
a raquidiana.						
Definição operacional: Observar registro em prontuário do uso de analgesia.	1()2()2()4()5()	1()2()2()				
Observar registro em promutario do diso de analgesia.	1()2()3()4()5()	1()2()3() 4()5()				
SUGESTÕES		1()3()				
	1					

4. Depressão		
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()		
Sugestões:		
Classificação: condição associada		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual:		
Transtorno mental caracterizado por tristeza	1()2()3()4()5()	1()2()3(
persistente e pela perda de interesse em atividades que) 4() 5()
normalmente são prazerosas, acompanhadas da		
incapacidade de realizar atividades diárias habituais,		
domésticas, escolares ou sociais, durante pelo menos		
duas semanas ¹⁰		
Definição operacional:		
Observar registros de diagnóstico médico em	1()2()3()4()5()	1()2()3(
prontuário e cartão pré-natal.) 4() 5()
SUGESTÕES		
5. Gestação múltipla		
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()		
Sugestões:		
Classificação: condição associada		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual:		
Gestação com presença de dois ou mais fetos no	1()2()3()4()5()	1()2()3(
interior do útero.) 4() 5()
Definição operacional:		
Observação do cartão pré-natal, exame	1()2()3()4()5()	1()2()3(
ultrassonográfico, prontuário ou por meio da) 4() 5()
realização de exame físico.		
SUGESTÕES		

COMPONENTES DIAGNÓSTICOS						
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS						
1. Dependência na tomada de decisões						
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()						
Sugestões:						
Classificação: Característica definidora	CLAREZA	PRECISÃO				
Definição conceitual: Forma de comportamento que sugere incapacidade de tomar decisões sozinho. 1 () 2 () 3() 4() 5() 1 () 2 () 3() 4() 5()						
Definição operacional: Relato de incapacidade de tomar decisões sozinho. 1 () 2 () 3() 4() 5() 1 () 2 () 3() 4() 5()						
Relato de incapacidade de tomar decisões sozinho. 1 ()2()3()4()5() 1 ()2()3()4(

SUGESTÕES

2. Descrença no próprio corpo

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: Característica definidora

Ciussificação: Cui acteristica actimadra		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Sentimento de insegurança em relação ao potencial do corpo para realizar o que é fisiológico.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4()5()
Definição operacional: Relato de descrença e insegurança no potencial do corpo para realizar o que é fisiológico.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4(

SUGESTÕES

3. Sensação de perda do controle

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: Característica definidora

DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Sentimento de incapacidade de atuar sobre as próprias ações conscientemente.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4()5()
Definição operacional: Relato verbal de sensação de perda de controle.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4(

SUGESTÕES

4. Passividade às intervenções

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: Característica definidora

DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Ato de estar inerte e não tomar atitudes para resolver problemas, sob influência de circunstâncias, pessoas ou fatores externos. Estar passivo às intervenções é considerar o saber e escolha de conduta profissional superior ao seu desejo, ficando vulnerável a intervenções.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4()5()

Definição operacional:		
SÉIGANTÍORO tenfeinses y ran Gelato da mulher de	1()2()3()4()5()	1()2()3()4(
passividade, permissividade e ausência de)5()
qRestavângire htos durahte 4s intervenções. Além da		
solicitação de intervenções consideradas		
dellacetesiias pelo profissional.		
Classificação: Característica definidora	·	
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Sentimento de falta de confiança, de estar em risco ou desprotegido.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4()5()
Definição operacional: Relato de sentimento de falta de confiança, de estar em risco ou desprotegido.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4()5()
SUGESTÕES		

SUGESTOES

6. Sentimento de frustração

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: Característica definidora

DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual:	1 () 2 () 2() 1() 7()	
Sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado.	1()2()3()4()5()	1()2()3()4(
Definição operacional:		
Relato de sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o	1()2()3()4()5()	1()2()3()4(
objetivo desejado.) 3()

SUGESTÕES

7. Sentimento de fracasso

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: Característica definidora

3			
DEFINIÇÃO		CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual:			
Sentimento de perda ou mau êxito na conclusão	1	1()2()3()4()5()	1()2()3()4(
de um objetivo.) 5()
Definição operacional:			
Relato de sentimento de perda ou mau êxito na	1	1()2()3()4()5()	1()2()3()4(
conclusão de um objetivo.) 5()
CHCECTÕEC		·	·

SUGESTÕES

8. Angústia

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: Característica definidora				
DEFINIÇÃO		CLAREZA	PRECISÃO	
Definição conceitual: Sensação psíquica desagradável, quase sempre acompanhada de opressão precordial.		1()2()3()4()5()	1()2()3()4()5()	
Definição operacional: Relato de sensação desagradável, geralmente acompanhada de opressão precordial e mal estar.		1()2()3()4()5()	1()2()3()4()5()	

SUGESTÕES

9. Desesperança

Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()

Sugestões:

Classificação: Característica definidora

DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRE
Definição conceitual: Sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero.	1()2()3()4()5()	1()2()3(
Definição operacional: Relato de sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero.	1()2()3()4()5()	1()2()3(

SUGESTÕES

ATENÇÃO! Caso julgue pertinente, você poderá sugerir o acréscimo e/ou retirada de componentes para o diagnóstico de enfermagem Sentimento de Impotência, contribuindo com suas justificativas.

Sugestão de inclusão	Justificativa
Sugestão de retirada	

Algo mais a observar?		

Gratas pela importante contribuição,

Fernanda Rocha Apolônio Leão Francisca Márcia Pereira Linhares Suzana de Oliveira Mangueira

APÊNDICE D- TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal.

Pesquisadora responsável: Fernanda Rocha Apolônio Leão

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de

Pernambuco/Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (81)99940676

E-mail: fernanda.apolonio@hotmail.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 cinco anos após o termino 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 identificálos;
- 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 20

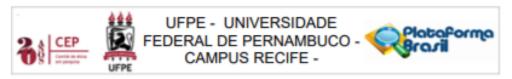
Assinatura Pesquisador Responsável

APÊNDICE E - REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

ORDEM	REFERÊNCIA				
1	NASCIMENTO, R. R. P. et al . Escolha do tipo de parto: fatores relatados				
	por puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n.1, p. 119-				
	126, 2015.				
2	LOGSDON, K.; SMITH-MORRIS, C. An ethnography on perceptions of				
2	pain in Dutch "Natural" childbirth., v. 1, n. 1, p. 55-67, 2017.				
3	RIBEIRO J. F, <i>et al.</i> Percepção do pai sobre a sua presença durante o				
	processo parturitivo. Revista de Enfermagem UFPE online , v. 12, n. 6, p.1586, 2018.				
4	MOTTA, A. M. F., <i>et al.</i> Implementação da humanização da assistência ao				
-	parto natural. Revista de Enfermagem UFPE online , v. 10, n. 2, p.593,				
	2016.				
5	TRIAL, M., et al. The impact of motivational interviewing on participation				
	in childbirth preparation classes and having a natural delivery: a				
	randomized. Jornal Internacional de Obstetrícia e Ginecologia, v. 124,				
	n.4, p.631, 2017.				
6	MELO, D. S. A., <i>et al.</i> Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. Revista de Enfermagem UFPE online , v. 10, (Supl. 2), p. 814,2016.				
7	SCARTON, J. et al. "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de				
	mulheres-primíparas no parto normal. Revista Gaúcha de Enfermagem , v.				
8	36, p. 143-151, 2015.				
ð	PREIS, H. et al. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. Midwifery, v. 63, p. 46-51, 2018				
9	FREIRE, H. S. S, <i>et al.</i> Parto normal assistido por enfermeira: experiência e				
	satisfação de puérperas. Revista de Enfermagem UFPE online. , v. 11, n.				
	6, p. 2357, 2016.				
10	NASCIMENTO, J. P, et al.O Empoderamento da mulher no parto				
	domiciliar planejado. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 10, n.				
	(Supl.5), p. 4182, 2016				
11	SOUZA, T. A., et al. Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da				
	inserção do acompanhante no processo parturitivo. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 10, n. (Supl.6), p. 4735, 2016.				
12	NYSTEDT, A.; HÖGBERG, U.; LUNDMAN, B. Some Swedish women's				
12	experiences of prolonged labour. Midwifery , v. 22, n. 1, p. 56-65, 2006.				
13	VIISAINEN, K. Negotiating control and meaning: home birth as a self-				
	constructed choice in Finland. Social science & medicine, v. 52, n. 7, p.				
	1109-1121, 2001.				
14	KANNAN, S; JAMISON, R. N; DATTA, S. Maternal satisfaction and pain				
	control in women electing natural childbirth. Regional Anesthesia Pain				
15	Medicina., v. 6, n. 5, 2001				
13	MITCHELL, M.; MCCLEAN, S. Pregnancy, risk perception and use of complementary and alternative medicine. Health, risk & society , v. 16, n.				
	1, p. 101-116, 2014				
16	HUNTER, B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in				
	midwifery. Midwifery , v. 20, n. 3, p. 261-272, 2004				
17	LI, Hsin-Tzu, et al. A birth education program for expectant fathers in				
	Taiwan: effects on their anxiety. Birth , v. 36, n. 4, p. 289-296, 2009.				

18	RENKERT, S.; NUTBEAM, D. Opportunities to improve maternal health					
	literacy through antenatal education: an exploratory study. Health					
	Promotion International , v. 16, n. 4, p. 381-388, 2001.					
19	KRINGELAND, T.; DALTVEIT, A. K.; MØLLER, A. How does					
	preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? A					
	population-based cohort study from Norway. Birth, v. 37, n. 1, p. 21-27,					
	2010.					
20	LANDAU, R. Artificial womb versus natural birth: an exploratory study of					
	women's views. Journal of reproductive and infant psychology , v. 25, n.					
	1, p. 4-17, 2007.					
21	BOYACIOĞLU, A. O; TÜRKMEN, A. Social and cultural dimensions of					
	pregnancy and childbirth in eastern Turkey. Culture, health & sexuality, v.					
	10, n. 3, p. 277-285, 2008.					

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

¿SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA¿ EM MULHERES DURANTE O PARTO NORMAL

Pesquisador: FERNANDA ROCHA APOLÔNIO

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 12263119.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.373.636

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposta de projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- PPENF da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, intitulado, Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal, tendo como responsável a mestranda Fernanda Rocha Apolônio, como orientadora a Prof.* Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares e Coorientadora Prof*. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Objetivo geral:

 Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem 'Sentimento de Impotência' em mulheres durante o parto normal.

3.2 Objetivos específicos:

- Analisar o conceito de 'sentimento de impotência' em mulheres durante o parto normal;
- Revisar a definição, os antecedentes e os consequentes do diagnóstico de enfermagem 'sentimento de impotência' propostos pela NANDA – I;
- Elaborar definições conceituais e operacionais dos antecedentes e dos consequentes do diagnóstico de enfermagem 'sentimento de impotência' proposto pela NANDA – I em mulheres durante o parto normal;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br







Continuação do Parecer: 3 373 636

 Averiguar o julgamento de especialistas sobre a relevância, clareza e precisão dos elementos estruturais, das definições conceituais e operacionais dos atributos, antecedentes e consequentes do diagnóstico de enfermagem 'sentimento de impotência' em mulheres durante o parto normal.

Avaliação dos Riscos e Beneficios:

A pesquisadora relata que os riscos referentes a este estudo são de cansaço mental devido ao preenchimento de instrumentos extensos e que exigem grande atenção e raciocínio complexo frente à tela. Para minimizá-los, será oferecido prazo adequado para que os mesmos possam responder a seu tempo e em ambiente escolhido por eles, além disso, caso desejem, será oferecido o instrumento impresso.

Os beneficios do estudo estão relacionados à importância do produto final para a Enfermagem e para as mulheres que se beneficiarão de profissionais com olhar sensibilizado na prática assistencial, de educação em saúde e no desenvolvimento de pesquisas na área.)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo será do tipo metodológico, que tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa e as crescentes demandas têm levado a um aumento do interesse por esse tipo de pesquisa entre enfermeiros. Os estudos metodológicos para validar diagnósticos devem ser realizados em três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e a análise da acurácia de indicadores clínicos. O presente estudo desenvolverá as duas primeiras etapas. Na primeira, análise de conceito, será utilizado o procedimento metodológico proposto por Walker e Avant (2011), que em uma de suas etapas recomenda uma Revisão da Literatura (RL). Será realizada uma Revisão Integrativa da Literatura baseada na proposta de etapas de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Análise de conteúdo por especialistas: A validação se realizará mediante a obtenção dos pareceres de profissionais com experiência na temática em questão e os mesmos atuarão como peritos em relação à aparência e conteúdo da definição do diagnóstico, bem como dos atributos, antecedentes e consequentes dos mesmos, atém das referências da análise de conceito. Para a seleção dos especialistas levar-se-á em consideração critérios que atendam às necessidades do estudo e que diminua os vieses presentes em outros modelos de seleção. Não existe na literatura um consenso sobre o perfil dos especialistas, entretanto, ter experiência clínica e conhecimento teórico acerca do tema são critérios importantes. Para tal triagem dos juízes será realizada a classificação da experiência prática e acadêmica quanto ao nível de expertise baseado no

Endereço: Av. da Engenharia sivi* - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Municipio: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@utpe.tr





Continuação do Paracer: 3.373.636

referencial de Benner, Tanner e Chelsea (2009).

Foi realizado cálculo amostral totalizando 22,6, aproximadamente 23 juízes/especialistas, tendo como parâmetros estabelecidos: nivel de confiança (Z1-/2) de 95%; desvio-padrão (S) de 0,17; e erro amostral (e) de 0.07.

O recrutamento primário dos Juízes se dará por meio da ferramenta de busca da Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com o auxilio dos termos: Estudos de validação de diagnósticos de enfermagem, enfermagem obstétrica e estudos com mulheres em trabalho de parto. Devido à possível escassez de especialistas, permite-se realizar buscas também no universo relacional da pesquisadora e orientadora e a amostragem do tipo "bola de neve", uma forma de amostra nao probabilistica que utiliza cadeias de referencia e pode ser util para pesquisar grupos dificeis de serem acessados, bem como quando nao ha precisao sobre sua quantidade. Dessa forma, será solicitada aos especialistas a indicação de outros com perfil para fazerem parte do estudo.

Como critério de exclusão, levar-se-á em consideração o tempo de atualização do currículo tattes. Assim, serão excluídos aqueles que não estiverem atualizados há, pelo menos, dois anos.

Os especialistas serão convidados a participar do estudo por e-mail contendo uma carta-convite com informações esclarecendo o motivo pelo qual foram selecionados, objetivo e metodologia da pesquisa, bem como orientações sobre o instrumento e como este deverá ser analisado/avaliado. Para assegurar o número adequado de participantes e pensando em possíveis perdas, o convite será enviado para no mínimo 46 especialistas, o que representa o dobro da amostra calculada.

Aos que responderem a carta-convite com aceite para participação no estudo, será enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os especialistas poderão acessar o questionário após clicarem informando que leram e concordam com o mesmo. Ressalta-se que o instrumento só se tornará visível mediante esse clique que representa sua assinatura. Será solicitado aos juízes que respondam o instrumento em um prazo máximo de um mês (30 dias). Após a data estabelecida, se o especialista não responder, a pesquisadora entrará em contato por e-mail com o mesmo por três vezes consecutivas e estabelecerá um novo prazo de quinze dias para retorno do questionário. Se ainda após esse prazo o especialista não responder, será preterido da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados será dividido em duas partes: na primeira, constarão informações sobre o perfil do especialista: sexo, idade, local de trabalho, titulação, área e tempo de atuação, tempo de formação profissional, experiência na assistência e na academia; na segunda parte do instrumento, conterão perguntas referentes à validação do diagnóstico Sentimento de

Endereço: Av. da Engenharia s/m² - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Municipio: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cspccs@ufpe.br







Continuação do Parecer: 3.373.636

Impotência: título e definição do diagnóstico com o conceito proposto pela NANDA – I (2018-2020) e o que foi elaborado por meio da análise do conceito incluindo: Definição, características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e populações de risco. A análise do julgamento dos especialistas será realizada por meio de uma escala tipo Likert elaborada em níveis, na qual para cada alternativa será atribuído um peso diferente, a saber: 1 equivale a 0; 2 equivale a 0,25; 3 equivale a 0,5; 4 equivale a 0 e 5 equivale a 1. A partir dal, será realizada a média de cada item do instrumento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam dos termos de apresentação obrigatória os seguintes documentos:

- 1. Currículo lattes dos pesquisadores;
- 2. Termo de compromisso;
- 3. Folha de rosto data e carimbada;
- 4. TCLE:
- Justificativa de despensa da Carta de anuência;
- 6. Projeto Word;
- 7. Projeto PDF;
- Declaração de vínculo;

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o 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/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

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Baŭde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Municipio: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@utpe.br







Continuação do Parecer: 3.373.636

participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 1331342.pdf	22/04/2019 13:01:45		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA.docx	22/04/2019 13:01:04	FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PBRASIL.docx	22/04/2019 12:55:34	FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APENDICE_B.docx	22/04/2019 12:54:56	FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_ok.pdf		FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito
Outros	curriculo_Fernanda.pdf		FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito
Outros	LATTES_COORIENTADORA.pdf		FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito
Outros	LATTES_ORIENTADORA.pdf	23:26:49	FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_CONFID.pdf		FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_VINCULO_FERNA NDA.pdf	21/04/2019 23:19:19	FERNANDA ROCHA APOLÔNIO	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Municipio: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br







Continuação do Parecer: 3.373.636

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 06 de Junho de 2019

Assinado por: Gisele Cristina Sena da Silva Pinho (Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia sinº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária UF: PE Municipi CEP: 50.740-600

Municipio: RECIFE

Tulefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ulpe.br