



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

GABRIELLE PESSÔA DA SILVA

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA PARA AVALIAÇÃO DE
MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE**

Recife

2019

GABRIELLE PESSÔA DA SILVA

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA PARA AVALIAÇÃO DE
MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

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

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Suzana de Oliveira Manguiera.

Recife

2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586v Silva, Gabrielle Pessôa da.
Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade / Gabrielle Pessôa da Silva. – 2019.
172 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Francisca Márcia Pereira Linhares.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Estudos de validação. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Doenças cardiovasculares. 4. Prisões. 5. Educação em saúde. I. Linhares, Francisca Márcia Pereira (Orientadora). II. Título.

610.73

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2019-214)

GABRIELLE PESSÔA DA SILVA

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA PARA AVALIAÇÃO DE
MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 04/07/2019.

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Tatiane Gomes Guedes (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Drº. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Examinador Externo)
Universidade Federal do Ceará

Dedico este trabalho a **Deus**, meu principal alicerce. Aos meus pais, **Solange** e **Roberto**, maiores incentivadores da minha educação.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, primeiramente, por conceber tantas bênçãos em minha vida, me fazendo percorrer caminhos que levaram até a realização desse sonho.

Aos **Meus pais Solange e Roberto**, pelo amor incondicional, pelo apoio e incentivo do meu estudo e em todas as decisões da minha vida. Obrigada por me fazerem a pessoa mais importante de suas vidas e por acreditarem nos meus sonhos. A vocês dedico essa e todas as vitórias da minha vida.

A **Minha avó Sônia**, por vibrar a cada conquista alcançada e ser uma grande incentivadora do meu sucesso profissional.

A todos os **familiares, meus tios, tias, primos, primas**, pelo incentivo e pela torcida sempre. Vocês foram essenciais para a concretização desse sonho.

Ao **Meu namorado Rafael**, pelo amor, paciência, cuidado e incentivo do meu crescimento profissional.

As **Minhas amigas, Bia, Brinda, Anne, Aline, Thaís e Eduarda**, pessoas maravilhosas que sempre vibraram pelas minhas conquistas. O carinho, incentivo e cuidado de vocês permitiram uma caminhada mais leve.

As **orientadoras Prof^ª Dr^ª Francisca Márcia Pereira Linhares e Prof^ª Dr^ª Suzana de Oliveira Manguiera** por serem o alicerce da construção desse trabalho. Pelas inúmeras e valiosas correções e pelo aquedado direcionamento científico.

Ao **Prof^º Dr^º Marcos Venícios de Oliveira Lopes**, por todas as valiosas contribuições e direcionamentos necessários ao encaminhamento dessa pesquisa. Muito obrigada por compartilhar sua sabedoria conosco e pelas orientações realizadas.

As amigas que fiz na Universidade Federal do Ceará pelo excelente acolhimento durante minha missão do PROCAD-CAPES. **Lusiana, Gabi, Fábria e Luziene**, obrigada pelos ensinamentos, pelo apoio e torcida. Vocês moram no meu coração.

A minha amada **Turma M9, Tamyres, Cíntia, Adélia e Jaciquely** por serem ponto de apoio, de compartilhamento de experiências, pelas inúmeras contribuições neste trabalho e,

especialmente, pela amizade sincera. Vocês foram essenciais ao meu crescimento pessoal e profissional. Desejo que nossos laços perdurem por muito tempo.

Aos demais **amigos** formados ao longo dessa trajetória, da querida turma M10, especialmente nas pessoas de **Rhayza e Bruno**, pelas palavras de incentivo, momentos de descontração e por compartilharem comigo os medos e desafios ao longo da caminhada.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, pela excelência no ensino, pelo compromisso e responsabilidade com a formação profissional em enfermagem. **Às professoras do Programa**, por serem exemplos de profissionais brilhantes e comprometidas com a profissão, pelo compartilhamento de conhecimentos e experiências e pelo incentivo na caminhada profissional. Aos **funcionários do Programa**, por todo apoio nas questões administrativas.

Aos **membros da banca de qualificação**, por todas as orientações que foram essenciais à estruturação desse trabalho e por todas as contribuições valiosas.

Aos **juízes** participantes da segunda etapa desta pesquisa, obrigada pelas contribuições necessárias ao aprimoramento do trabalho. Vocês foram essenciais para a finalização da pesquisa.

Aos **membros da banca examinadora da dissertação**, pelo zelo e cuidado no momento das considerações, pela disponibilidade e pelas preciosas correções, que foram relevantes para a construção desse trabalho.

Finalizo agradecendo a todos que contribuíram direta ou indiretamente no processo de construção desse estudo e êxito da minha trajetória durante o mestrado, a todos, muito obrigada!

“... orem a respeito de tudo; contem a Deus as necessidades de vocês, e não se esqueçam de agradecer-lhe” (BÍBLIA, Filipenses, 4, 13).

RESUMO

Os estudos de validação de diagnóstico são imprescindíveis por permitirem a legitimação dos conceitos relacionados ao diagnóstico de enfermagem com o objetivo de torná-los aplicáveis ao cotidiano profissional e favorecer uma aproximação da teoria com a prática. O objetivo deste estudo foi validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade, por meio de estudo metodológico realizado em duas etapas: análise de conceito e análise de conteúdo por juízes. Na etapa de análise de conceito foi utilizado o modelo proposto por Walker e Avant, o qual recomenda uma revisão ampliada da literatura. Realizou-se revisão integrativa de literatura a partir da busca em seis bases de dados: CINAHL, Pubmed, Scopus, LILACS, Web of science e PsycINFO utilizando os termos: doenças cardiovasculares, fatores de risco, prisões, prisioneiros, mulheres, fatores de risco cardiovascular e suas respectivas traduções na língua inglesa. Foram selecionados 26 estudos na revisão integrativa e consultados adicionalmente oito livros-texto para fundamentação do conceito estudado. Como resultados, identificaram-se 18 antecedentes, dos quais apenas nove estavam presentes na estrutura da NANDA-I. Ao fim da análise conceitual, foi construído um instrumento com os seguintes itens: definição do diagnóstico de enfermagem estudado, definições conceituais e empíricas dos fatores etiológicos e uma nova proposta de classificação desses em fatores de risco, condições associadas e populações em risco. Esses itens foram submetidos à análise de conteúdo por 24 juízes, na segunda etapa do estudo. Adotou-se um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,9, bem como foi realizado o teste de wilcoxon para adequação dos componentes avaliados. O estudo está em consonância com as recomendações da resolução CNS 466/2012. A coleta de dados com os juízes só foi realizada após parecer favorável do CEP da UFPE (nº parecer: 2.956.928). O processo de validação permitiu uma modificação na definição do “risco de função cardiovascular prejudicada”, além de alterações nos fatores etiológicos e suas definições. Os 18 fatores etiológicos foram considerados válidos estatisticamente, a saber: diabetes, dislipidemia, sedentarismo, hipertensão arterial, antecedentes pessoais e familiares de doença cardiovascular, sobrepeso, obesidade, tabagismo, alimentação não saudável, ansiedade, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas, síndrome metabólica, estresse, depressão, menopausa e conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco. Desses, os 15 primeiros itens tiveram mediana do IVC=1,00. O componente depressão teve mediana do IVC=0,88 (IC=0,87-1,00), a menopausa IVC=0,88 (IC=0,88-1,00) e o conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco IVC=0,88

(IC=0,87-1,00). Todavia, para esses itens o teste de wilcoxon teve valor $p>0,05$, o que confirma a validade desses. Foram realizadas alterações conforme sugestão dos juízes para a maioria dos componentes avaliados. Este estudo permitiu uma ampliação do conceito do risco de função cardiovascular prejudicada, bem como um incremento nos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Percebeu-se que estes fatores podem ser modificáveis por meio de estratégias de educação em saúde realizadas por enfermeiros. Além disso, ressalta-se a possibilidade do retorno do diagnóstico de enfermagem estudado para a taxonomia da NANDA-I.

Palavras-chave: Estudos de validação. Diagnóstico de enfermagem. Doenças cardiovasculares. Prisões. Educação em saúde.

ABSTRACT

Diagnostic validation studies are essential because they allow the legitimization of concepts related to the nursing diagnosis with the objective of making them applicable to the professional daily life and favoring an approximation of theory and practice. The objective of this study was to validate the contents of the nursing diagnosis Risk of impaired cardiovascular function for the evaluation of women deprived of their freedom, through a methodological study carried out in two stages: concept analysis and content analysis by judges. In the concept analysis stage, the model proposed by Walker and Avant was used, which recommends an extended review of the literature. An integrative literature review was carried out through the search of six databases: CINAHL, Pubmed, Scopus, LILACS, Web of science and PsycINFO using the following terms: cardiovascular diseases, risk factors, prisons, prisoners, women, risk factors cardiovascular and their respective English translations. Twenty-six studies were selected in the integrative review and eight additional textbooks were consulted for the reasoning of the concept studied. As results, 18 antecedents were identified, of which only nine were present in the structure of NANDA-I. At the end of the conceptual analysis, an instrument was constructed with the following items: definition of the nursing diagnosis studied, conceptual and empirical definitions of the etiological factors and a new proposal to classify these into risk factors, associated conditions and populations at risk. These items were submitted to content analysis by 24 judges, in the second stage of the study. A Content Validity Index (CVI) of 0.9 was adopted, as well as the wilcoxon test for adequacy of the evaluated components. The study is in line with the recommendations of resolution CNS 466/2012. The data collection with the judges was only carried out after a favorable opinion of the UFPE's CEP (opinion no. 2,956,928). The validation process allowed a modification in the definition of the "risk of impaired cardiovascular function", as well as changes in etiological factors and their definitions. The 18 etiological factors were considered statistically valid: diabetes, dyslipidemia, sedentary lifestyle, hypertension, personal and family history of cardiovascular disease, overweight, obesity, smoking, unhealthy eating, anxiety, alcohol consumption and illicit drug abuse, metabolic syndrome, stress, depression, menopause and insufficient knowledge / understanding of risk factors. Of these, the first 15 items had median CVI = 1.00. The depression component had a median CVI = 0.88 (CI = 0.87-1.00), the menopause CVI = 0.88 (CI = 0.88-1.00) and the insufficient knowledge / understanding of the factors CVI risk = 0.88 (CI = 0.87-1.00). However, for these items the

wilcoxon test had p value > 0.05, which confirms the validity of these. Changes were made as suggested by the judges for most of the evaluated components. This study allowed an extension of the concept of the risk of impaired cardiovascular function, as well as an increase in the etiological factors of the nursing diagnosis Risk of impaired cardiovascular function. It was noticed that these factors can be modifiable through health education strategies carried out by nurses. In addition, the possibility of returning the nursing diagnosis studied for the taxonomy of NANDA-I is highlighted.

Keywords: Validation studies. Nursing diagnosis. Cardiovascular diseases. Prisons. Health Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos em cada base de dados utilizada nas buscas. Recife-PE, 2018	49
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definições do conceito “função cardiovascular” a partir de livros-texto. Recife-PE, 2018	55
Quadro 2 - Relação de equivalência de antecedentes da análise do conceito “risco de função cardiovascular prejudicada” com termos opostos, que são os fatores de risco do DE Risco de função cardiovascular prejudicada presentes na NANDA-I (2015-2017). Recife-PE, 2018	63
Quadro 3 - Categorização dos antecedentes em fator de risco, condição associada e populações em risco conforme a nova estrutura da NANDA-I (2018-2020). Recife-PE, 2018	64
Quadro 4 - Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes para o julgamento dos itens. Recife-PE, 2019	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Publicações identificadas sobre os fatores aumentam a suscetibilidade para uma função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2018	47
Tabela 2 - Distribuição dos artigos conforme o continente, ano de publicação, área temática e nível de evidência. Recife-PE, 2018	53
Tabela 3 - Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009). Recife-PE, 2019	79
Tabela 4 - Caracterização dos juízes participantes da etapa de análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019	83
Tabela 5 - Dados referentes à escolha da adequação da definição do DE Risco de função cardiovascular prejudicada pelos juízes. Recife-PE, 2019	85
Tabela 6 - Análise da validade de conteúdo da relevância dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019	86
Tabela 7 - Análise da validade de conteúdo das definições conceituais dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019	88
Tabela 8 - Análise da validade de conteúdo das definições operacionais dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019	90

LISTA DE SIGLAS

AHA	<i>American Heart Association</i>
ASSIST	Teste de triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias
AUDIT	Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DE	Diagnóstico de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice de Massa Corporal
ISSL	Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> de Lipp
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
MDI	Inventário de Depressão Maior
NANDA-I	NANDA- <i>International</i>
NCEP-ATP III	<i>National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Proteína C-Reativa

PE	Processo de enfermagem
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG	Triglicerídeos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVO	25
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	26
3.1	FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR	26
3.2	EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	30
3.3	MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE.....	32
3.4	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E A TAXONOMIA DA NANDA-I	35
4	ANÁLISE DE CONCEITO	40
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	40
4.1.1	Análise de Conceito	40
4.1.1.2	O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant	41
4.1.1.3	Revisão Integrativa da Literatura	43
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	45
4.3	MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONCEITO	46
4.3.1	Revisão Integrativa de literatura	46
4.3.2	Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant	50
4.4	RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	53
4.4.1	Caracterização dos estudos.....	53
4.4.2	Identificação dos possíveis usos do conceito.....	54
4.4.3	Determinação dos atributos críticos ou essenciais.....	54
4.4.4	Identificação dos antecedentes	56
4.4.5	Definições conceituais e referências empíricas (operacionais)	56
4.4.6	Construção de um caso modelo e um caso contrario	64
4.5	DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO	66
5	ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES	74

5.1	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	74
5.2	OBJETIVO ESPECÍFICO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES.....	76
5.3	MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES	76
5.3.1	Desenho do estudo	76
5.3.2	Seleção de juízes.....	77
5.3.3	Coleta de dados	80
5.3.4	Organização e análise dos dados	82
5.3.5	Aspectos éticos	82
5.4	RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES	83
5.4.1	Caracterização dos juízes.....	83
5.4.2	Definição do DE Risco de função cardiovascular prejudicada	85
5.4.3	Análise da validade de conteúdo dos fatores etiológicos da análise de conceito do DE Risco de função cardiovascular prejudicada.....	86
5.5	DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES	95
5.5.1	Perfil dos juízes avaliadores do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada	95
5.5.2	Análise da definição do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada	98
5.5.3	Análise da validade de conteúdo dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada.....	99
6	CONCLUSÃO.....	108
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICE A - ARTIGOS DA AMOSTRA FINAL DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	127
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA	131
	APÊNDICE C - CARTA-CONVITE AOS JUÍZES.....	133
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134

APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM JUÍZES	137
APÊNDICE F- ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS JUÍZES PARA A DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA E SEUS FATORES ETIOLÓGICOS	153
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	168

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em todos os ambientes em que ocorrer o cuidado de enfermagem, sejam eles públicos ou privados, faz-se obrigatória a realização do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e desenvolve-se em cinco etapas: coleta de dados, Diagnóstico de Enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. O enfermeiro deve ser o líder na execução e avaliação desse processo, cabendo-lhe privativamente o DE, assim como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem (COFEN, 2009).

Na etapa do DE reúnem-se os achados encontrados na fase anterior de coleta de dados, os quais irão embasar a formulação do diagnóstico que, por sua vez, sustentará o planejamento das intervenções de enfermagem. De acordo com a *NANDA International* (NANDA-I), o DE é um 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 (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O DE Risco de função cardiovascular prejudicada foi definido como “*a vulnerabilidade a causas internas/externas que podem danificar um ou mais de um órgão vital e o próprio sistema circulatório*”, sendo os fatores de risco descritos os seguintes: agente farmacológico, conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis, diabetes mellitus, dislipidemia, estilo de vida sedentário, hipertensão arterial, história de doença cardiovascular, história familiar de doença cardiovascular, idade \geq 65 anos, obesidade e tabagismo (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Este DE foi incluído na NANDA-I em 2013, publicado na versão 2015-2017 no domínio 4 (atividade/repouso) e classe 4 (respostas cardiovasculares/pulmonares), com nível de evidência 2.1. Entretanto, na versão 2018-2020 da NANDA-I o mesmo foi retirado da classificação com a justificativa de que não apresentava diferenciação suficiente de outros diagnósticos cardiovasculares na terminologia (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). A explicação para a exclusão deste diagnóstico não é consistente, visto que nele estavam elencados vários fatores de risco que, embora estejam também inseridos em outros diagnósticos como indicadores clínicos de risco, não estão, de forma conjunta, em um único diagnóstico, por isso, ressalta-se que esse DE não deve ser substituído por outros da mesma classe das respostas cardiovasculares (SÁNCHEZ-GÓMES; DUARTE-CLÍMENTS, 2015).

Como justificativa para a realização deste estudo, foi efetuada uma busca com os termos “diagnóstico de enfermagem” e “doenças cardiovasculares” e “fatores de risco” traduzidos em inglês nas bases de dados SCOPUS e Pubmed. Foram encontradas evidências científicas com outros DE da classe das respostas cardiovasculares, entretanto, não foram encontrados estudos com o uso do DE Risco de função cardiovascular prejudicada, por isso, faz-se necessária a realização de mais investigações com o intuito de retornar esse diagnóstico à taxonomia da NANDA-I. É possível que novas pesquisas oportunizem uma revisão desse DE com a adição de outros fatores de risco e conseqüentemente uma melhor sustentação da prática clínica de enfermagem. Assim, justifica-se a necessidade de estudos que realizem uma validação de conteúdo por juízes do referido DE.

Para validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada foi escolhida a população privada de liberdade feminina, por considerar que as mulheres presas são mais afetadas que os homens por alguns fatores de risco cardiovasculares, pelo fato de apresentarem um estilo de vida mais sedentário no ambiente prisional. A justificativa é de que as prisões femininas possuem menos atividades recreativas, físicas e programas de trabalho em comparação com as masculinas, o que impacta na saúde mental e física das mulheres (GATES; BRADFORD, 2015; LAGARRIGUE et al., 2017).

O sedentarismo aliado à alimentação inadequada no meio prisional predispõe ao ganho acentuado de peso, o que explica alto percentual de sobrepeso e obesidade nas mulheres privadas de liberdade. Esses fatores conjuntamente elevam o risco cardiovascular e contribuem de forma significativa para a síndrome metabólica (MORRÓN; BELTRÁN; TRIANA, 2014; LAGARRIGUE et al., 2017). Além dessas condições, grande proporção de mulheres presas são fumantes regulares, hábito que as coloca em risco não apenas de adoecimento cardiovascular, mas também de outras doenças crônicas (WHO, 2017).

Considera-se que a privação de liberdade é um fator gerador de estresse, principalmente pelo impacto que o encarceramento promove nas necessidades humanas básicas. Ademais, o fato de estar privado de liberdade leva a um estresse crônico que pode ser desencadeador de doenças psicossociais como a depressão e a ansiedade, as quais apresentam relação com as doenças cardiovasculares (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016).

Além disso, geralmente as prisões são locais com ambiente insalubre, caracterizado pela superlotação, péssimas condições de higiene e dieta de baixa qualidade (MACIEL, 2016). No Brasil, 78% dos estabelecimentos penais de todo o país encontram-se superlotados (DEPEN, 2017). Aliado a esses fatores, estão os comportamentos de risco dos encarcerados,

que incluem a violência e o uso de drogas, além do acesso aos cuidados de saúde, que são em sua maioria insuficientes (DUMONT et al., 2012; MINAYO; RIBEIRO, 2016).

De acordo com dados do Departamento Penitenciário Nacional (2018), no Brasil, o número de mulheres custodiadas no sistema penitenciário aumentou 656% entre os anos de 2000-2016, alcançando 42.355 mulheres em junho/2016. No mesmo período, a população prisional masculina cresceu 293%. Esses números expressivos colocam o Brasil na quarta posição entre os 12 países que mais encarceram mulheres no mundo, perdendo apenas para os EUA, China e Rússia. Somado a isso, os dados do *Institute for Criminal Policy Research* (2017) demonstram que essa tendência de crescimento da população carcerária feminina é mundial, visto que essa população vem aumentando em um ritmo mais acelerado, quando comparada à população carcerária masculina, no mundo todo.

Nesse contexto de encarceramento feminino, o cuidado à saúde da mulher é complexo, o que torna necessário um olhar diferenciado da equipe de multiprofissional de saúde, em especial do enfermeiro, às necessidades de saúde individuais e coletivas dessas mulheres, bem como aos fatores que comprometem a sua saúde biopsicossocial, com a finalidade de um atendimento integral (FERREIRA et al., 2016).

Com o objetivo principal de prover uma atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, surge, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que propõe a ampliação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população com o foco no controle e/ou redução dos agravos mais frequentes. Um dos objetivos prioritários dessa política é a assistência à saúde nas situações de doenças crônicas (BRASIL, 2014a). Em consonância, surge nesse mesmo ano a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) com o objetivo de reformular as práticas do sistema prisional brasileiro e contribuir para a garantia dos direitos das mulheres, dentre eles, o direito à saúde, educação, alimentação, trabalho, segurança, proteção à maternidade e à infância, lazer, esportes, assistência jurídica, atendimento psicossocial e demais direitos humanos (BRASIL, 2014b).

A referida política preconiza ainda a divulgação de banco de dados que contemplem aspectos relativos à saúde das mulheres e a incidência das doenças mais prevalentes (BRASIL, 2014b). Nesse sentido, tem-se um estudo realizado por enfermeiras com mulheres privadas de liberdade em 2013, que elencou os DE mais frequentes nessa população: Risco de infecção; Ingestão de líquidos diminuída; Sono, prejudicado; Abuso de fumo

iniciado/aumentado, e Comportamento de busca de saúde comprometido. Dentre esses diagnósticos, ressalta-se que dois podem ser considerados fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares (DCV) (FERREIRA et al., 2016).

Os fatores de risco cardiovascular classificam-se em modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são aqueles relacionados aos hábitos de vida e são passíveis de modificações pelo próprio indivíduo, tais como: dislipidemias, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, sedentarismo, alimentação inadequada, sobrepeso e obesidade, síndrome metabólica e fatores de risco psicossociais. Os fatores de risco não modificáveis estão ligados intrinsecamente ao indivíduo e incluem idade, sexo, etnia e história familiar (BRASIL, 2013; WHT, 2017).

Para as mulheres privadas de liberdade, o estudo desses fatores além de atender aos preceitos da PNAISP, no quesito referente ao controle e/ou redução dos agravos mais frequentes, atende também às recomendações da PNAMPE, no sentido de produzir dados que contemplem aspectos relativos à saúde das mulheres e a incidência das condições mais prevalentes.

O estudo do DE Risco de função cardiovascular prejudicada e seus fatores etiológicos voltados à avaliação das mulheres privadas de liberdade permite aos enfermeiros um conhecimento minucioso acerca da temática, informação que subsidiará o planejamento de intervenções educativas voltadas à promoção de um estilo de vida saudável, baseadas nas reais necessidades de saúde dessas mulheres e com maior probabilidade de sucesso (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Conhecer os fatores de risco modificáveis de uma população pode favorecer a implementação de ações de educação em saúde voltadas à promoção, proteção da saúde e prevenção das DCV bem como de suas complicações (MAGALHÃES et al., 2014).

A educação em saúde consiste em um processo de construção de conhecimentos em saúde que visa o aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores, com o objetivo de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

Ações de educação em saúde, quando realizadas por meio de abordagens participativas, podem ser uma estratégia eficaz na prevenção das doenças cardiovasculares, pois, poderão fundamentar a propagação de conhecimento, o empoderamento para o autocuidado e as mudanças no estilo de vida. Considera-se dessa forma, que essas ações auxiliarão no processo de corresponsabilização dos indivíduos para reduzir os fatores de risco

modificáveis (BASTABLE, 2010; FERRETI et al., 2014). Nesse contexto, o enfermeiro poderá atuar como educador, contribuindo na avaliação do estado de saúde, na informação e na orientação para a adoção de atitudes em prol da própria saúde junto a indivíduos e à coletividade (GOMES et al., 2016).

Os enfermeiros são profissionais capacitados para atuarem com ações de educação em saúde voltadas à promoção da saúde cardiovascular por meio do estímulo à alimentação saudável, controle de peso, cessação do tabagismo e atividade física. A adoção dessas modificações nos hábitos de vida auxiliam os indivíduos a serem proativos na minimização do seu risco cardiovascular (LUIS; ABREU; GÓMEZ, 2017).

Os trabalhos de validação de diagnósticos possuem relação direta com a consolidação e documentação da assistência de enfermagem, já que são imprescindíveis ao aperfeiçoamento e legitimação de conceitos relacionados ao DE com o objetivo de torná-los mais aplicáveis ao cotidiano profissional. Devido a isso, esses estudos vem sendo estimulados, apesar de serem ainda escassos, pois trata-se de uma metodologia relativamente recente e com modelos complexos de validação (OLIVEIRA et al., 2013).

A validação de um DE ocorre em três etapas, a saber: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e a análise da acurácia de indicadores clínicos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Este estudo se propõe a realizar as duas primeiras etapas. A análise de conceito é realizada para a determinação de atributos críticos e característicos de determinado fenômeno (HOSKINS, 1989). A análise de conteúdo por especialistas consiste em estimar o grau de concordância desses quanto à pertinência das definições conceituais e operacionais dos componentes diagnósticos bem como da definição do DE e a possível inclusão/exclusão de certos itens (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Diante do contexto apresentado, levantou-se o seguinte questionamento: Quais são as evidências de validade de conteúdo do DE Risco de Função Cardiovascular Prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade?

2 OBJETIVO

2.1 GERAL: Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

O sistema cardiovascular é constituído pelo coração e vasos sanguíneos. O coração funciona como uma bomba que realiza o transporte dos nutrientes e remoção dos produtos finais do metabolismo por meio dos vasos sanguíneos. Dentre outras funções do sistema cardiovascular, destaca-se a de difusão de substâncias entre o sangue e os tecidos, condução de hormônios e manutenção de um ambiente adequado nos líquidos teciduais para a sobrevivência e funcionamento das células. Essas funções se complementam e atuam sinergicamente para um bom desempenho desse sistema (HALL; GUYTON, 2017).

Em casos de alterações no coração e nos vasos sanguíneos, o organismo fica vulnerável a apresentar prejuízos nas funções básicas do sistema cardiovascular. Existem algumas condições que podem aumentar a suscetibilidade do organismo a apresentar alterações no coração e nos vasos sanguíneos e conseqüentemente no funcionamento desses, essas condições são conhecidas como fatores de risco (HALL; GUYTON, 2017).

O *Framingham Heart Study*, desenvolvido em 1948, foi um dos primeiros estudos que forneceu evidências relevantes sobre a epidemiologia das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco. Esse estudo fez o seguimento de uma amostra populacional de 5209 indivíduos dos sexos masculino e feminino, da cidade de Framingham, com o objetivo de identificar fatores de risco, ao realizar a comparação entre pessoas que tinham desenvolvido Doença Arterial Coronariana (DAC) com outras que não desenvolveram a doença. Todas as condições que foram mensuradas, puderam, em fases mais avançadas do estudo, ser relacionadas à maior incidência de doença coronariana, as quais foram nomeadas de fator de risco, dando origem ao termo. Este estudo possibilitou o desenvolvimento de múltiplas outras pesquisas que constataram que diversos fatores de risco estavam altamente relacionados a eventos cardiovasculares (MAHMOOD et al., 2014).

Os fatores de risco cardiovascular são condições que aumentam a probabilidade do desenvolvimento da doença cardiovascular e podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os últimos incluem idade, sexo, etnia e história familiar de doença aterosclerótica. Os fatores modificáveis, que são aqueles passíveis de modificação pelo

indivíduo, são: dislipidemias, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo, estresse e obesidade (CUNNINGHAM, 1992). Mais recentemente, outras condições foram identificadas como fatores de risco cardiovascular, entre as quais, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o abuso de drogas, a síndrome metabólica, alimentação inadequada, o sobrepeso e fatores de risco psicossociais, que inclui a ansiedade e a depressão (BRASIL, 2013).

Em relação aos fatores de risco não modificáveis, vale mencionar alguns aspectos. Sobre a idade, destaca-se que à medida que a pessoa envelhece, ocorrem alterações fisiológicas no sistema cardiocirculatório que aumentam a suscetibilidade para as doenças cardiovasculares. Aliado a isso, no processo de envelhecimento pode haver acúmulo de fatores que comprometem a saúde cardiovascular e aumentam o risco de doença. Sobre a etnia, sabe-se que pessoas com descendência africana ou asiática possuem maior risco de apresentarem DCV, quando comparadas a outros grupos étnicos. Sobre o histórico familiar, salienta-se que as pessoas com parentes de primeiro grau que já apresentaram infarto do miocárdio, angina, derrame ou foram submetidos a cirurgia cardíaca ou apresentaram problemas cardíacos precoces (homens na família com idade abaixo de 55 anos e mulheres abaixo de 65 anos) possuem maior risco de apresentar doença cardiovascular (WHT, 2017).

Quanto ao sexo, os homens possuem mais risco de desenvolverem doenças do coração do que mulheres antes da menopausa. Após a menopausa, as mulheres tendem a ser mais afetadas pelos fatores de risco para as doenças cardiovasculares em virtude da falência ovariana e consequente declínio da produção de estrógeno, hormônio considerado cardioprotetor (MAAS et al., 2010).

Ao longo dos tempos, sabe-se que as transformações ocorridas na sociedade moderna devido ao avanço tecnológico, urbanização e industrialização trouxeram modificações no estilo de vida da população. Isto tem contribuído para o desenvolvimento de hábitos de vida pouco saudáveis com mudanças alimentares e altos níveis de inatividade física decorrentes de uma vida cada vez mais exposta a comodismos, ritmo exaustivo de trabalho, estudos e maior oferta de consumo de produtos de alto valor energético aliada ao menor tempo de prática de atividades físicas e lazer. Todas essas situações tiveram papel relevante no aumento do número de indivíduos sedentários com sobrepeso, obesidade, dislipidemias, diabetes, hipertensão arterial, dentre outras doenças relacionadas (CARLUCCI et al., 2013).

O ambiente moderno se tornou potente estímulo para a obesidade, já que, nas últimas décadas, a população aumentou o consumo de alimentos com alta densidade calórica, alta

palatabilidade, baixo poder sacietógeno e de fácil absorção e digestão, contribuindo fortemente para o desequilíbrio energético que ocasiona o sobrepeso e a obesidade (ABESO, 2016). Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca a obesidade como um dos maiores problemas de saúde no mundo (WHO, 2010a). O excesso de peso e a obesidade constituem o segundo fator de risco mais importante para a carga global de doenças e estão associados com várias doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares (BRASIL, 2017a).

Outro fator de risco relacionado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares é a hipertensão arterial. Sabe-se que ela é condição clínica multifatorial que frequentemente está associada a eventos cardiovasculares, distúrbios metabólicos e alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. No Brasil, essa patologia atinge 32,5% de adultos, mais de 60% dos idosos e contribui para 50% das mortes por doença cardiovascular (MALACHIAS et al., 2016).

Entre os fatores de risco mais frequentes, está a diabetes. A *International Diabetes Federation* afirma que essa condição contribui relevantemente para as doenças cardiovasculares e atualmente afeta mais de 425 milhões de pessoas no mundo, um terço das quais são maiores de 65 anos, com tendência de aumento dos casos globalmente. Caso haja uma persistência dessa tendência, o número de pessoas com essa doença está projetado para ser superior a 693 milhões em 2045 (IDF, 2017). A OMS estima que a glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco (BRASIL, 2017b).

Sobre as dislipidemias, sabe-se que muitas vezes elas também são resultado de um padrão alimentar desequilibrado, sendo caracterizadas pelos distúrbios que ocorrem na concentração de lipídeos no organismo humano. Representam um dos principais fatores de risco que contribuem para a aterosclerose e aumentam o risco das doenças cardíacas isquêmicas (FALUDI et al., 2017).

A coexistência frequente de doenças como hipertensão arterial, diabetes, obesidade e dislipidemias leva à síndrome metabólica. Por reunir vários fatores de risco, esta síndrome eleva o risco cardiovascular dos indivíduos e promove grande impacto de saúde, principalmente ao se considerar que ela aumenta a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em cerca de 2,5 vezes (BRASIL, 2005).

É válido destacar ainda a importância de fatores psicossociais no desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Baixo nível socioeconômico, falta de apoio social, estresse no trabalho e no âmbito familiar, depressão, ansiedade, hostilidade e personalidade tipo D são considerados fatores de risco psicossociais para as doenças cardiovasculares pois frequentemente funcionam como barreiras para o acesso aos cuidados de saúde além de dificultar a adesão ao esquema terapêutico incluindo o estilo de vida saudável, orientações e tratamentos. Esses fatores estão relacionados ainda a mecanismos de alterações biológicas como a atividade endócrina, autonômica, hemostática, inflamatória, endotelial, entre outras, que participam da gênese das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Além dos fatores psicossociais, existem àqueles relacionados ao uso de drogas. O consumo abusivo de drogas lícitas, como o tabaco e o álcool, (BRASIL, 2013, LIMA; KERR-CÔRREA; REHM, 2013) e ilícitas (ANSELMINO; MATTA; GAITA, 2014) tem efeitos potencialmente perigosos sobre o sistema cardiovascular, aumentando as chances de adoecimento. Especificamente sobre o tabagismo, fator de risco com prevalências altas no mundo todo (WHO, 2017), sabe-se que o risco de doença isquêmica do coração e sua mortalidade aumentam consideravelmente para os tabagistas (ROCHA; MARTINS, 2017).

Percebe-se que diversos fatores de risco cardiovascular são bastante frequentes na população em geral e na maioria das vezes coexistem em um mesmo indivíduo, o que pressupõe um maior risco com consequente avanço no processo de adoecimento cardiovascular (ROCHA; MARTINS, 2017).

Considerando que a maioria dos fatores de risco cardiovascular que afetam a população são classificados como modificáveis, salienta-se que o conhecimento aprofundado desses permite a estruturação de programas de prevenção cardiovascular, que quando bem conduzidos, podem reduzir expressivamente a morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Algumas iniciativas já vem sendo tomadas nesse sentido, e sinergicamente a OMS estabeleceu como meta até 2025 a redução de 25% das DCNT, entre elas as doenças cardiovasculares. Faz-se relevante enaltecer os esforços das entidades governamentais para criar/promover/estimular ações de educação em saúde e programas específicos de promoção da saúde cardiovascular e prevenção dos fatores de risco, integrando a equipe multiprofissional de saúde (ROCHA; MARTINS, 2017).

3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A educação em saúde é caracterizada por um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população. Trata-se de conjunto de práticas do setor que favorece o aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores com o objetivo de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

A educação em saúde pode ser uma estratégia eficaz na prevenção das doenças cardiovasculares. O desenvolvimento de intervenções educativas com abordagens participativas tem potencial para promover uma conscientização sobre a necessidade de corresponsabilização pela saúde por parte dos indivíduos. Dessa forma, pode-se estimular o autocuidado, favorecer as mudanças nos hábitos de vida bem como propiciar redução dos gastos do sistema de saúde (FERRETI et al., 2014).

As práticas de educação em saúde não devem ser pautadas pela imposição, pelo controle ou pelo disciplinamento acrítico, mas pela conscientização com ampliação da compreensão das questões envolvidas no ser/estar/sentir-se saudável (MACHADO et al., 2007). Essas práticas não devem ser restritas à transmissão de informações e orientações com ações tecnicistas, devem ocorrer baseadas na troca entre indivíduos de diferentes culturas e realidades, com representações diversas sobre a saúde e as formas de ser e de estar saudável (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

Novas estratégias de educação em saúde devem ser estimuladas, com a finalidade de que o indivíduo questione e aprenda por meio de seu contexto social. Assim, o sujeito poderá ser mais ativo no processo de construção do seu conhecimento por meio da apropriação da sua realidade, tornando possível mudanças viáveis e positivas nos seus hábitos de vida e das pessoas que os cercam (FERRETI et al., 2014).

A educação em saúde deve envolver tanto os profissionais de saúde, que valorizem práticas de prevenção e promoção, quanto os gestores e a população que precisa construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados da saúde, individual e coletivamente (FALKENBERG et al., 2014).

Da mesma forma a prevenção de doenças cardiovasculares deve envolver um conjunto coordenado de ações, tanto em nível populacional quanto individual, com vistas a eliminar ou minimizar o impacto dessas doenças. Quando em nível populacional geral, a base da medida preventiva deve ser a promoção de um estilo de vida saudável, já em nível individual, para aqueles indivíduos com moderado a alto risco de DCV, o foco deve ser a otimização de fatores de risco cardiovascular modificáveis (tabagismo, dieta inadequada, inatividade física, obesidade, consumo excessivo de álcool). A eliminação de comportamentos de risco à saúde tornaria possível evitar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e até 40% dos cânceres, o que corrobora as medidas de prevenção (PIEPOLI et al., 2016).

Um pré-requisito para bons resultados na prevenção e controle das DCV é a consciência sobre essas doenças e seus fatores de risco, entretanto, essa ainda é considerada baixa entre as pessoas, o que demonstra uma necessidade de realização de ações conjuntas com o objetivo de conscientização para prevenção cardiovascular (GHADDAR et al., 2018).

Medidas preventivas devem englobar ações para minimizar fatores de risco modificáveis, diagnóstico precoce, tratamento medicamentoso, quando necessário, e políticas em prol da saúde cardiovascular. Dessa forma, ações que envolvem cessação do tabagismo, redução do sódio na alimentação, maior consumo de frutas e vegetais, atividades físicas regulares e medidas para evitar o uso nocivo do álcool, são eficazes e relevantes para minimizar o risco de doenças cardiovasculares aliadas ao tratamento medicamentoso de doenças como diabetes, hipertensão e dislipidemia. A formulação de políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis acessíveis, motivando as pessoas a serem ativas na transformação da sua saúde com a manutenção de comportamentos saudáveis também são igualmente importantes para a minimização de fatores de risco cardiovascular (OPAS, 2017).

As intervenções educacionais voltadas para a prevenção de doenças cardiovasculares são primordiais para alcançar os objetivos de maior conhecimento, suscetibilidade percebida, gravidade, barreiras, benefícios e adoção de comportamentos orientados para a prevenção (TAVASSOLI, et al., 2015).

Os enfermeiros são profissionais capacitados para atuar com ações de educação em saúde e promover atitudes saudáveis como alimentação saudável, controle de peso, cessação do tabagismo e atividade física, auxiliando os indivíduos a serem proativos na minimização

do seu risco, com o objetivo de reduzir a exposição aos fatores de risco modificáveis (LUIS; ABREU; GÓMEZ, 2017).

As ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros quando pautadas na troca de conhecimentos e na valorização de saberes e do contexto sociocultural do indivíduo, poderão embasar estratégias de propagação do conhecimento e empoderamento para o autocuidado (BASTABLE, 2010).

A enfermagem enquanto profissão da saúde, deve se engajar com as questões relacionadas aos fatores de riscos cardiovasculares desde as idades mais jovens, visto que percebe-se cada vez mais um aumento da prevalência de fatores de risco em crianças e adolescentes, fruto de hábitos de vida pouco saudáveis. Assim, seria possível fomentar atividades que estimulem a conscientização sobre os fatores de risco no intuito de instaurar mudança de hábitos de vida desde a infância, com o objetivo de que esses comportamentos perdurem por toda a vida (BRITO et al., 2016).

Os profissionais de saúde devem ser estimulados a realizar ações de educação em saúde cardiovascular que priorizem alguns grupos específicos, que apresentam maior risco de adoecimento por DCV (BRASIL, 2013). Dentre esses grupos, destacam-se os idosos (WHT, 2017), as mulheres (GARCIA, et al., 2016) e os grupos vulneráveis (baixo nível socioeconômico, população carcerária) (DONAHUE, 2014).

3.3 MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

No mundo há mais de 10.35 milhões de pessoas detidas em instituições prisionais. O Brasil ocupa a quarta posição entre os países com maior quantidade de pessoas privadas de liberdade, atrás apenas dos EUA, da China e da Rússia (ICPR, 2017).

No Brasil, o último censo da população privada de liberdade destacou um total de 726.712 pessoas. Esse número representa um aumento de 707% em relação ao registrado no início da década de 1990. Somado a isso, entre 2000 e 2016, a taxa de aprisionamento aumentou em 157% em todo país. Mediante esse crescimento acelerado, observa-se um déficit de 358.663 mil vagas e uma taxa de ocupação média de 197,4% em todo o país. O estado de São Paulo é o estado com maior número de presos, e o estado de Pernambuco ocupa a sexta posição em relação a esse quantitativo (DEPEN, 2017).

Quanto à população feminina, dados demonstram que mais de 714.000 mulheres estão detidas em instituições prisionais em todo o mundo. Essa população apresenta uma peculiaridade globalmente, pois tem apresentado um padrão de crescimento mais acelerado que a população prisional masculina desde o ano 2000. O número de mulheres presas aumentou mais de 50%, enquanto a população masculina cresceu cerca de 20% no mundo (ICPR, 2017).

O Brasil encontra-se também na quarta posição no ranking mundial entre os países que mais encarceram mulheres no mundo. Em um período de 16 anos, entre 2000 e 2016, a taxa de aprisionamento de mulheres aumentou em 455% no Brasil. No mesmo período, a Rússia diminuiu em 2%, os EUA aumentaram em 18%, a China 105%, e a Tailândia 14% (DEPEN, 2018).

Em relação ao perfil dessas mulheres presas, tem-se que são em sua maioria jovens (até 29 anos), negras, solteiras, com pelo menos um filho e com baixo nível de escolaridade. Os crimes relacionados ao tráfico de drogas representam o principal motivo de condenação dessas mulheres. Três em cada cinco mulheres que se encontram no sistema prisional respondem por crimes ligados ao tráfico (DEPEN, 2018).

Diante desse crescimento acelerado e pronunciado da população prisional feminina brasileira esbarra-se no problema da superlotação e da adequação desses ambientes prisionais. Os serviços penais foram formulados para o público masculino e posteriormente adaptados para a detenção de mulheres, e devido a isso, não são capacitados para atender às especificidades femininas (espaços/atividades que favorecem o aleitamento no ambiente prisional, ambiente para os filhos das mulheres privadas de liberdade, locais para custódia de mulheres gestantes, equipes multidisciplinares de atenção à saúde da mulher, entre outras especificidades) (DEPEN, 2018).

No sentido de tentar atender às peculiaridades femininas, ressalta-se que, em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional com o objetivo de reformular as práticas do sistema prisional brasileiro e contribuir para a garantia dos direitos das mulheres. Entre as diretrizes dessa política, preconiza-se a humanização das condições do cumprimento da pena, garantindo o direito à saúde, educação, alimentação, trabalho, segurança, proteção à maternidade e à infância, lazer, esportes, assistência jurídica, atendimento psicossocial e demais direitos humanos (BRASIL, 2014b).

A referida política também estimula a elaboração de estudos, organização e divulgação de dados, visando à consolidação de informações penitenciárias sob a perspectiva de gênero. É importante também a divulgação de banco de dados que contemplem aspectos relativos à saúde das mulheres e a incidência das doenças mais prevalentes, assim como a hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS-HIV e outras doenças (BRASIL, 2014b).

Conhecer o perfil de saúde e adoecimento das mulheres privadas de liberdade é portanto uma medida necessária e relevante para o planejamento das ações de saúde por parte da equipe multiprofissional que atua nas instituições penais, no intuito de garantir o acesso à saúde integral das mulheres. Nesse sentido, estudo realizado com mulheres de uma penitenciária feminina do estado de São Paulo detectou que as mesmas eram afetadas tanto por doenças transmissíveis quanto por doenças crônicas e possuíam hábitos de vida que as colocavam em risco de adoecimento cardiovascular. Dentre as condições apresentadas, destacam-se no estudo a hipertensão arterial, diabetes, problemas ginecológicos, infecção urinária, problemas cardíacos, tuberculose, hanseníase, Infecções Sexualmente Transmissíveis, fraturas, tabagismo, uso de drogas, sedentarismo, sobrepeso e obesidade (AUDI et al., 2016).

Observa-se uma tendência atual de maior prevalência e manifestação de doenças crônicas, em detrimento das doenças infecciosas na população penitenciária de forma geral, fato relacionado ao aumento da média de idade dos presos e o conseqüente avanço da manifestação de doenças crônicas (VERA-REMARTÍNEZ et al., 2014).

Há alguns fatores específicos relacionados ao aumento da manifestação de doenças crônicas, nas mulheres privadas de liberdade. As prisões femininas possuem espaços menores e dispõem de menos atividades recreativas, físicas e programas de trabalho, o que favorece que as mulheres levem um estilo de vida mais sedentário durante a vivência no ambiente prisional (GATES; BRADFORD, 2015; LAGARRIGUE et al., 2017).

Esse estilo de vida sedentário aliado a outros comportamentos de risco das mulheres presas, como alimentação não saudável, tabagismo, uso abusivo de drogas, privação de sono, ansiedade, estresse, dentre outros, tornam-se uma situação perigosa para a saúde cardiovascular dessas mulheres (VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018). Dessa forma, a prisão está associada à deterioração do estado de saúde auto-relatado das mulheres por agravar o impacto dos fatores de risco na saúde devido a poucas oportunidades de modificação desses e

por possuir limitações importantes no acesso aos serviços de saúde (GEITONA; MILIONI, 2016).

Diante de todas as condições limitantes do sistema prisional, percebe-se que o cuidado à saúde da mulher privada de liberdade torna-se complexo, devendo esse receber destaque das políticas públicas. Nesse sentido, surge em 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem como principais objetivos a garantia do acesso à saúde e estímulo de ações para promoção de saúde e prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de agravos consequentes do aprisionamento (BRASIL, 2014a).

A PNAISP preconiza que a unidade de saúde prisional seja um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde do SUS, com a atuação de equipes multiprofissionais habilitadas. Dentre os profissionais que devem atuar nessa equipe, destaca-se a atuação do profissional enfermeiro (BRASIL, 2014a).

De acordo com o COFEN (2009), em todos os locais em que houver o cuidado de enfermagem, esse deve ser sistematizado por meio do processo de enfermagem, instrumento metodológico que norteia o cuidado profissional e desenvolve-se em cinco etapas, a saber: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Dentre essas, destaca-se a etapa do diagnóstico de enfermagem, que é privativa do enfermeiro e de fundamental importância para a prestação de uma boa assistência.

3.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E A TAXONOMIA DA NANDA-I

No início da década de 1970, enfermeiros e educadores nos EUA inferiram que os enfermeiros, de forma independente, diagnosticavam e tratavam aspectos relacionados aos pacientes e suas famílias, que não eram iguais aos diagnósticos médicos. Essa descoberta desenvolveu um novo caminho para a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem e para a criação da organização profissional atualmente conhecida como NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O DE é um 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 (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Assim, o termo diagnóstico de enfermagem é um nome dado pelo enfermeiro a um julgamento acerca de um fenômeno que é o foco da intervenção de enfermagem (CIE, 2007).

O DE corresponde a segunda etapa do processo de enfermagem, em que se reúnem os achados encontrados na fase anterior de coleta de dados, os quais irão embasar a formulação do diagnóstico que, por sua vez, sustentará o planejamento das intervenções de enfermagem (COFEN, 2009).

A NANDA-I fornece uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem, apresentando-os de forma esquemática e classificatória, denominada de taxonomia. A atual taxonomia adotada é a taxonomia II, adaptada da estrutura de avaliação Padrões de Saúde Funcional, da Dra. Marjory Gordon, que organiza os DE em domínios (refletem uma área de interesse), classes (grupo mais específico dentro dos domínios, que possui estrutura similar) e diagnósticos (agrupados nas classes). Atualmente, a taxonomia da NANDA-I é organizada em 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O ato de diagnosticar em enfermagem envolve coleta, análise, inferência, avaliação e síntese dos dados clínicos. Trata-se de um contínuo processo de raciocínio e julgamento clínico que irão nortear as demais ações de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Assim, estabelecer diagnósticos requer habilidades cognitivas, interpessoais e atitudes do profissional, além do uso de pensamento crítico e desenvolvimento de inteligência para uma boa coleta e análise de dados e, posteriormente, a tomada de decisão (LUNNEY, 2010). O pensamento crítico é definido como um julgamento proposital que resultará em interpretação, análise, avaliação e inferência, além de explanação das evidências sobre as quais o julgamento foi embasado (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013).

Os diagnósticos da NANDA-I são conceitos construídos por meio de um sistema multiaxial. Um eixo na taxonomia II da NANDA-I é definido de forma prática como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. São sete os eixos que podem constituir um título diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018):

- **Eixo 1:** foco do diagnóstico (raiz do conceito diagnóstico; descreve a resposta humana que é o elemento central do diagnóstico)
- **Eixo 2:** sujeito do diagnóstico (para quem é direcionado o DE; ex.: indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade, etc.)
- **Eixo 3:** julgamento (elemento modificador que especifica o significado do foco diagnóstico; ex.: prejudicado, ineficaz, etc.)

- **Eixo 4:** localização (descreve as partes do corpo e/ou as funções relacionadas; ex.: oral, periférico, cerebral, etc.)
- **Eixo 5:** idade (refere-se à idade da pessoa; é o sujeito do diagnóstico; ex.: neonato, lactente, criança, adulto, etc.)
- **Eixo 6:** tempo (descreve a duração do foco diagnóstico; ex.: crônico, agudo, intermitente)
- **Eixo 7:** categoria do diagnóstico (refere-se a categorização do diagnóstico, que pode ser com foco no problema, de risco, de promoção da saúde e síndrome).

O Eixo 1 (foco do diagnóstico) e o Eixo 3 (julgamento) são componentes primordiais de um diagnóstico de enfermagem, os demais eixos podem ser utilizados para tornar o diagnóstico mais representativo e claro da resposta humana que se almeja descrever (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Em relação à categoria do DE, ele pode ser constituído de um problema, um estado de promoção da saúde ou um risco potencial. Os diagnósticos com foco no problema dizem respeito a uma resposta humana indesejável, os diagnósticos de promoção da saúde relacionam-se com a motivação para aumentar o bem-estar e melhorar comportamentos de saúde específicos, e os de risco relacionam-se com o aumento da suscetibilidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável. Há ainda os diagnósticos do tipo síndrome, que estão presentes quando um agrupamento de diagnósticos de enfermagem (dois ou mais) ocorrem juntos como características definidoras (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Sobre os elementos do DE, preconiza-se que ele possua um título, uma definição clara e os indicadores clínicos, os quais são informações utilizadas para diagnosticar e distinguir um diagnóstico de outro e foram nomeadas como fatores relacionados ou de risco e características definidoras. Os fatores relacionados representam a etiologia, as causas que tem relação com o DE, já os fatores de risco são aqueles que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um evento não saudável e as características definidoras representam as manifestações (sinais ou sintomas) de um diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Um DE não precisa necessariamente conter todos os indicadores clínicos. Diagnósticos com foco no problema possuem fatores relacionados e características definidoras, diagnósticos de promoção da saúde geralmente só possuem características

definidoras, embora possam apresentar também fatores relacionados, e os fatores de risco existem apenas em diagnósticos de risco (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A nova publicação da NANDA-I acrescentou os termos “populações em risco” e “condições associadas”. As condições associadas são aquelas que estão relacionadas a diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos, já as populações em risco, representam grupos de pessoas com características comuns que fazem cada indivíduo ser suscetível a uma determinada resposta humana. Ambas características não são passíveis de modificação pelos enfermeiros. Esses dados são importantes para auxiliar os enfermeiros a analisar e confirmar diagnósticos potenciais, entretanto, eles não possuem o mesmo objetivo que as características definidoras e os fatores relacionados/de risco, já que os enfermeiros não podem alterar essas categorias de forma independente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A finalidade dos DE é o planejamento das intervenções de enfermagem e a identificação de resultados pretendidos com a realização dessas intervenções. O ideal é primeiramente estabelecer o resultado desejado para após traçar as intervenções necessárias para seu alcance (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). A *Nursing Outcomes Classification* (NOC) é um sistema que pode ser utilizado para selecionar medidas de resultados relacionadas ao DE (MOORHEAD et al., 2016), já a *Nursing Interventions Classification* (NIC) é uma taxonomia que pode ser utilizada para intervenções de enfermagem tanto independentes quanto interdisciplinares (BULECHEK et al., 2016).

O uso da NANDA-I favorece o aperfeiçoamento e disseminação de uma terminologia baseada em evidências, representativa de julgamentos clínicos feitos pelos enfermeiros. Além disso, facilita o estudo de fenômenos para melhorar os cuidados do cliente e a documentação da prática profissional (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A realização de estudos com DE pode favorecer o aprimoramento e atualização da taxonomia. Atualmente, a NANDA-I tem estimulado a realização de estudos de validação com os DE já existentes, no intuito de aumentar o nível de evidência desses e assim tornar seu uso o mais próximo possível da prática profissional, facilitando a documentação dessa prática e o planejamento de intervenções e definição de metas mais bem direcionadas aos pacientes (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Nota-se um aumento no número de publicações relacionadas à validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem nos últimos anos, porém, esse quantitativo ainda é considerado baixo, em relação ao número de diagnósticos publicados na NANDA-I e as diversas áreas da enfermagem (OLIVEIRA; DURAN, 2015). Os estudos de validação de

diagnósticos ainda são escassos na literatura por apresentarem modelos complexos e exigirem um vasto conhecimento de epidemiologia e bioestatística aplicada ao processo de validação. Entretanto, considera-se que a realização desses estudos é imprescindível ao aperfeiçoamento e legitimação de conceitos relacionados ao DE com o objetivo de contribuir para a prática de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2013).

4 ANÁLISE DE CONCEITO

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Alguns modelos tem sido propostos para validar um DE. Dentre eles destacam-se os modelos propostos por Fehring (1987), Hoskins (1989) e Lopes, Silva e Araújo (2012). Para a validação do DE Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade foi utilizado o modelo de validação proposto por Lopes, Silva e Araújo (2012), que se destaca pelo rigor do método, tratamento estatístico dos dados e engloba três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e a análise da acurácia de indicadores clínicos. Para atender aos objetivos deste estudo, foi necessário conduzir as duas primeiras etapas, entretanto, a segunda etapa foi nomeada de análise de conteúdo por juízes, visto que, não apenas especialistas participaram dessa etapa, mas, pessoas com níveis variados de expertise.

4.1.1 Análise de Conceito

A análise de conceito consiste em uma revisão de literatura e a construção do conhecimento teórico que é realizada com base no exame rigoroso da estrutura completa e dos componentes básicos de um conceito com o propósito de favorecer o desenvolvimento de um modelo para explicar a associação de determinadas características a ocorrência de um fenômeno (HOSKINS, 1989).

A finalidade da análise conceitual é a determinação dos atributos críticos (relaciona-se com a definição do DE), dos antecedentes (fatores de risco/relacionados do DE) e dos consequentes (características definidoras do DE) de determinado conceito, assim como a elaboração das definições operacionais de cada um desses elementos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

4.1.1.2 O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant

A análise de conceito permite diferenciar os atributos definidores dos irrelevantes de um conceito, sendo um exercício intelectual que auxilia na definição precisa do fenômeno para a utilização na prática, teoria, educação e pesquisa (WALKER; AVANT, 2011).

Esse tipo de estudo é relevante para a observação de um fenômeno na prática assistencial, avaliação de instrumentos existentes bem como desenvolvimento e validação de conteúdo e de constructo de um novo instrumento, além de permitir o aprimoramento e atualização dos conceitos dos DE, da definição dos antecedentes (fatores relacionados/fatores de risco), consequentes (características definidoras), atributos críticos e das intervenções e resultados de enfermagem (WALKER; AVANT, 2011)

O modelo de análise conceitual de Walker e Avant (2011) é composto por oito etapas, a saber: 1) seleção do conceito; 2) determinação dos objetivos da análise conceitual; 3) identificação dos possíveis usos do conceito; 4) determinação dos atributos críticos ou essenciais; 5) construção de um caso modelo; 6) construção de casos adicionais: um caso limite, um relacionado, um contrário, um inventado e um ilegítimo; 7) identificação dos antecedentes e consequentes do conceito; 8) definição das referências empíricas.

A seguir, são detalhadas as referidas etapas:

- 1) **Seleção do conceito:** o conceito selecionado reflete uma área de interesse para o pesquisador, recomendando-se que seja preferencialmente uma área de experiência profissional (WALKER; AVANT, 2011).
- 2) **Determinação dos objetivos da análise conceitual:** refere-se à finalidade da análise conceitual com o estabelecimento dos objetivos da referida análise (WALKER; AVANT, 2011).
- 3) **Identificação dos possíveis usos do conceito:** relaciona-se com a revisão ampliada de literatura para identificar todos os possíveis usos do conceito e determinar quais aspectos serão considerados. O pesquisador deve ter uma visão global do conceito devendo explorar todos os significados do conceito por meio de literaturas diversas, incluindo livro, dicionários e enciclopédias (WALKER; AVANT, 2011).

- 4) **Determinação dos atributos críticos ou essenciais:** É considerada a principal parte da análise. Os atributos críticos são palavras/expressões que demonstram a essência do conceito, suas principais características e ideias transmitidas. Esses atributos são utilizados para revisar a definição do DE, auxiliar na identificação do diagnóstico estudado e diferenciá-lo de outros que possam estar relacionados (WALKER; AVANT, 2011).
- 5) **Construção de um caso modelo:** trata-se de um exemplo do uso do conceito com todos os atributos críticos, o qual pode ser um caso baseado na vida real, em alguma situação clínica vivenciada pelo pesquisador ou encontrado na literatura. Refere-se a um caso em que se tem a plena convicção do conceito estudado (WALKER; AVANT, 2011).
- 6) **Construção de casos adicionais:** são exemplos de casos que influenciam no esclarecimento do conceito analisado auxiliando na diferenciação de atributos definidores e não definidores do conceito. As autoras destacam que a realização dessa etapa não é obrigatória, deve ser realizada apenas quando o conceito não ficar claro com o caso modelo. Estes casos podem ser limítrofes, relacionados, inventados, ilegítimos e contrários. Os casos limítrofes são aqueles que contém a maioria dos atributos definidores do conceito, os relacionados possuem atributos que são associados ao conceito estudado, mas não contém todos os atributos definidores. Os casos inventados são aqueles que são alheios à própria experiência do enfermeiro. Os casos ilegítimos exemplificam o uso inadequado do conceito, ou seja, o uso fora do contexto. Os casos contrários exemplificam claramente que não é o conceito, o que auxilia na determinação do conjunto final de atributos definidores (WALKER; AVANT, 2011).
- 7) **Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito:** Os antecedentes estão relacionados a situações que são necessárias à ocorrência do conceito (fatores relacionados ou fatores de risco de um DE) e os consequentes, relacionam-se a situações que resultam da presença do conceito (características definidoras de um DE) (WALKER; AVANT, 2011; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).
- 8) **Definição das referências empíricas:** definição de como o conceito é mensurado. As referências empíricas são categorias do conceito que demonstram a ocorrência desse conforme sua presença/ausência. Trata-se da última etapa da análise conceitual em que

há a construção das definições operacionais dos componentes do conceito para que possam ser avaliados por juízes (WALKER; AVANT, 2011).

Destaca-se que alguns autores sugerem uma modificação na etapa de seleção do conceito da análise conceitual. Recomenda-se que sejam considerados os eixos que constituem o diagnóstico como um todo, e não apenas o seu núcleo central, que em relação aos diagnósticos de enfermagem, corresponde ao eixo foco. A sugestão é de que a busca contemple além do eixo foco, também o eixo julgamento (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Para tornar a terceira etapa da análise de conceito mais robusta, optou-se pela realização de uma revisão integrativa de literatura.

4.1.1.3 Revisão Integrativa da Literatura

Esse método de pesquisa é amplo, abrangente e permite a síntese do conhecimento acerca de uma temática investigada trazendo como resultado final as evidências mais atuais e a incorporação da aplicabilidade desses resultados na prática, constituindo-se de um instrumento da Prática Baseada em Evidências (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa de literatura é o método mais amplo de revisão, pois permite a inclusão de pesquisas experimentais e não experimentais dando margens a um vasto entendimento do fenômeno. Trata-se de metodologia útil para a revisão de teorias, definição de conceitos, revisão de evidências e análise metodológica de um tema específico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para a construção da revisão integrativa, Mendes, Silveira e Galvão (2008) recomendam um bom rigor no método e clareza na apresentação dos resultados. As autoras recomendam as seguintes etapas metodológicas para desenvolvimento da revisão: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem ou busca na literatura), 3) Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados (categorização dos estudos), 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, 5) Interpretação dos resultados e 6) Apresentação da revisão (síntese do conhecimento).

A seguir são descritas detalhadamente as referidas etapas:

- 1) **Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa:** Esta etapa inicia-se com a seleção de um tema que seja atraente ao pesquisador e/ou seja vivenciado por ele na prática clínica. A partir daí, deve ser definida a questão de pesquisa, de forma clara e específica para facilitar a realização das demais etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).
- 2) **Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem ou busca na literatura):** O ideal seria a inclusão de todos os artigos encontrados, ou até mesmo a aplicação de uma seleção aleatória. Quando não há essa possibilidade, o pesquisador deve esclarecer quais serão os critérios de inclusão e exclusão adotados no processo de seleção dos estudos. Essas informações devem ser descritas de forma criteriosa e transparente pois são de grande relevância para uma posterior avaliação crítica, com a finalidade de se obter a validade interna da revisão. Posteriormente ao estabelecimento desses critérios, inicia-se a busca, que deve ser realizada nas bases de dados por meio de acesso eletrônico, preferencialmente por dois revisores de forma independente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Esse processo de busca na literatura deve ser amplo e diversificado podendo ser realizada também a busca manual em periódicos, em referências descritas nos estudos selecionados, por meio de contato com pesquisadores e a utilização de material não publicado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).
- 3) **Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados (categorização dos estudos):** O objetivo desta etapa é que o pesquisador organize e sumarie as informações de forma concisa, criando um banco de dados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Recomenda-se para isso, a utilização de um instrumento previamente elaborado que assegure que a totalidade dos dados importantes seja extraída, minimize o risco de erros na transcrição e seja preciso na checagem das informações (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Geralmente as informações devem abranger a amostra (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo. O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado com a finalidade de determinar a confiança no uso dos resultados e fortalecer as conclusões finais acerca do tema estudado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

- 4) **Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:** Deve ser realizada uma análise criteriosa dos estudos selecionados, com a possibilidade de utilização de ferramentas apropriadas. Sugere-se uma abordagem organizada para avaliação do rigor metodológico e das peculiaridades de cada estudo. Dentre as abordagens, o pesquisador pode optar para a aplicação de análises estatísticas; a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos; a inclusão ou exclusão de estudos mediante o delineamento de pesquisa. A conclusão desta etapa pode ocasionar modificações nas recomendações para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).
- 5) **Interpretação dos resultados:** Deve haver a comparação dos resultados considerando as relações de semelhança e discordância acerca do tema pesquisado. Esta etapa permite a identificação de conclusões e implicações da revisão integrativa, possíveis lacunas do conhecimento e delimitação de prioridades para estudos futuros. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).
- 6) **Apresentação da revisão (síntese do conhecimento):** Consiste na elaboração de um documento que deve apresentar a descrição rigorosa das etapas desenvolvidas pelo pesquisador e os principais resultados obtidos pela análise dos artigos incluídos no estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A revisão pode ser apresentada em tabela ou formato de diagrama e deve demonstrar uma cadeia lógica de evidências, de forma que o leitor verifique que as conclusões da revisão não excedem a evidência (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

- Determinar os atributos críticos do termo função cardiovascular e os antecedentes do risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade;
- Elaborar a definição do risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade;

- Construir as definições conceituais e operacionais dos antecedentes do conceito do risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade;
- Relacionar os antecedentes evidenciados na literatura com os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada propostos pela NANDA-I (2015-2017);
- Categorizar os antecedentes em fatores de risco, condições associadas e populações em risco, conforme a nova taxonomia da NANDA-I (2018-2020);

4.3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura desenvolvida para analisar a estrutura do conceito “risco de função cardiovascular prejudicada” com vistas à construção teórica e documentação apropriada das evidências científicas relacionadas a esse conceito.

A análise de conceito foi realizada no período de agosto a novembro de 2018 e corresponde à estruturação teórica sobre o diagnóstico de enfermagem em estudo e seus elementos, os quais serão submetidos à análise de conteúdo por juízes. O modelo de análise de conceito seguido foi o de Walker e Avant (2011) e os passos da revisão integrativa de literatura de Mendes, Silveira e Galvão (2008), conforme será apresentado nos próximos tópicos.

Para a realização desta etapa do estudo, a revisão integrativa de literatura e a análise de conceito ocorreram de forma concomitante, embora estejam descritas separadamente.

4.3.1 Revisão Integrativa de literatura

Para a construção da revisão integrativa, foram seguidas as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), conforme apresentado anteriormente. Na primeira etapa da revisão, foi estabelecida a seguinte questão de pesquisa: Quais fatores aumentam a

suscetibilidade para uma função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade?

A busca dos artigos foi realizada em seis bases de dados, a saber: *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literatura* (CINAHL), Pubmed, Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Web of Science e PsycINFO.

A busca pelos artigos foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2018, com os termos controlados (*Mesh*) “*cardiovascular diseases*”, “*risk factors*”, “*prisons*”, “*prisoners*”, “*women*”, e o termo não controlado “*cardiovascular risk factors*” nas bases Scopus, Pubmed, CINAHL, Web of Science e PsycINFO. Para a base de dados LILACS, foram utilizados os descritores (Decs) “doenças cardiovasculares”, “fatores de risco”, “prisões” e “prisioneiros” e o termo não controlado “fatores de risco cardiovascular”. Todos os cruzamentos foram realizados com o auxílio do operador booleano AND e em todas as bases foi selecionado o campo *all fields* com o objetivo de ampliar as buscas. A amostra inicial foi de 1857 artigos. Outros detalhes estão contidos na Tabela 1.

Tabela 1 - Publicações identificadas sobre os fatores aumentam a suscetibilidade para uma função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2018.

Descritores	Scopus	Pubmed	CINAHL	Web of Science	LILACS	PsycINFO (APA)
Cardiovascular diseases AND Risk factors AND Prisons AND Prisoners	233	15	1	10	--	6
Cardiovascular diseases AND Risk factors AND Prisons AND Women	532	7	0	11	--	3
Cardiovascular diseases AND Risk factors AND Prisons	715	25	1	25	1	7
Cardiovascular risk factors AND prisoners	196	38	11	20	0	0
TOTAL	1676	85	13	66	1	16

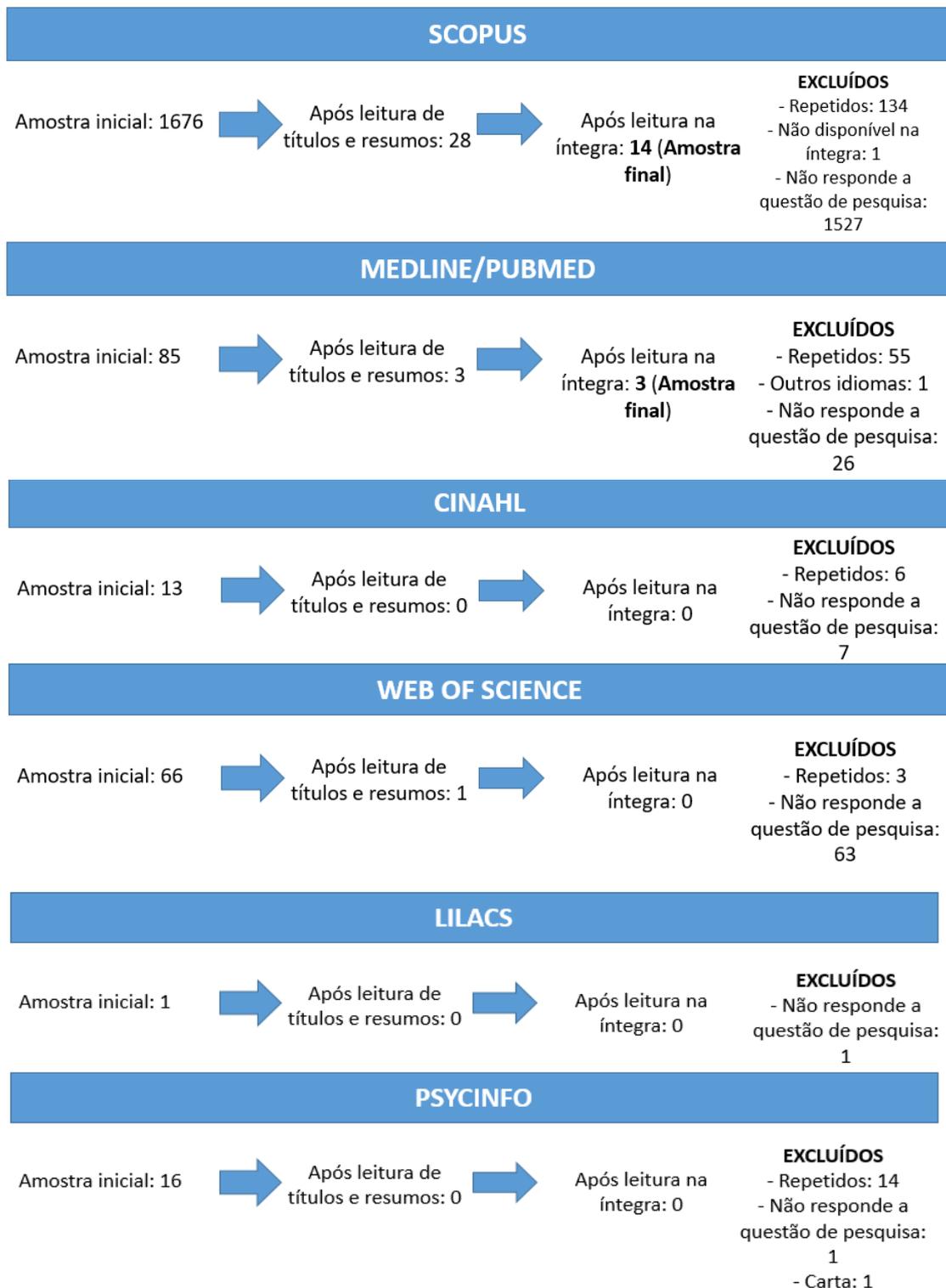
Fonte: Elaborado pela autora.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis eletronicamente em texto completo e que

responderem à pergunta condutora. Não houve delimitação de tempo de publicação. Foram excluídos cartas ao editor e editoriais de jornais.

Os estudos foram submetidos à leitura de título e resumo com a seleção de artigos que atendessem aos critérios de elegibilidade, e, em seguida, foi realizada a leitura do texto completo. Em caso de dúvidas se o artigo atendia aos critérios de inclusão, optou-se por incluí-lo para leitura minuciosa do texto completo. Os documentos que não estavam disponíveis foram buscados no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), conforme recomendações (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009), e no endereço eletrônico www.google.com.br. Os resultados quantitativos em cada base foram esquematizados, conforme apresentado a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos em cada base de dados utilizada nas buscas. Recife-PE, 2018.



Fonte: elaborado pela autora.

Destaca-se que alguns dos estudos elegidos a partir dos cruzamentos nas bases desencadearam novas buscas a partir de suas referências e também foram incluídos na amostra final. Assim, com os cruzamentos nas bases de dados foram elegidos para a amostra final 17 artigos, e com a busca nas referências desses, foram incluídos mais nove artigos, totalizando uma amostra final de 26 artigos (APÊNDICE A).

As publicações selecionadas na amostra final foram submetidas à releitura criteriosa e minuciosa para análise de conteúdo e para ratificar a presença de antecedentes do conceito estudado. Para a coleta de dados dos artigos selecionados foi utilizado o formulário validado e adaptado de Chaves (2008) (APÊNDICE B) que contempla informações como: identificação do artigo, autores, objetivo, referencial teórico, características metodológicas, principais resultados do estudo e identificação dos antecedentes do conceito em estudo.

Em relação ao nível de evidências, os estudos foram avaliados pela abordagem metodológica de Melnyk e Fineout-Overholt (2010). Segundo sua classificação, a qualidade das evidências científicas está assim categorizadas: nível I, evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados, nível II, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado, nível III, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização, nível IV, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados, nível V, evidências originárias de revisão de estudos descritivos e qualitativos, nível VI, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo, nível VII, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

A análise crítica dos estudos incluídos e a discussão dos resultados ocorreu por meio do Modelo de Análise de Conceito. Foram identificados os antecedentes do conceito “Risco de função cardiovascular prejudicada” para avaliação de mulheres privadas de liberdade, bem como a análise dos elementos que subsidiaram a construção das definições conceituais e operacionais.

4.3.2 Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant

Esta fase do estudo foi desenvolvida em oito etapas embasadas no modelo de análise conceitual proposto por Walker e Avant (2011), na seguinte ordem: 1) seleção do conceito; 2) determinação dos objetivos da análise conceitual; 3) identificação dos possíveis usos do conceito; 4) determinação dos atributos críticos ou essenciais; 5) identificação dos antecedentes do conceito; 6) definição das referências empíricas 7) construção de um caso modelo; 8) construção de caso adicional do tipo contrário.

As etapas de seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise conceitual e identificação dos possíveis usos do conceito são fases interativas e por isso ocorreram concomitantemente à revisão integrativa de literatura. Assim, o conceito analisado foi do risco de função cardiovascular prejudicada.

A definição do conceito foi centrada no seu núcleo central, que diz respeito ao foco do diagnóstico de enfermagem, a resposta humana, que nesse caso é o termo “função cardiovascular” (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). Por tratar-se de um termo essencialmente fisiológico, e, dada a dificuldade de encontrar artigos científicos com esse conceituação, optou-se por buscar a definição do termo “função cardiovascular” em livros-texto, conforme sugerido por alguns autores nesses casos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Posteriormente, com as definições da literatura do termo em questão, foram identificados os atributos críticos. Para isso, foram utilizadas as seguintes questões: Como os autores definem o conceito de função cardiovascular? Quais os atributos apontados na literatura para a função cardiovascular?

A partir da identificação dos atributos críticos foi possível construir a definição completa do conceito “risco de função cardiovascular prejudicada”. Vale destacar que nessa construção foram considerados o termo “risco”, referente a uma categorização do diagnóstico de enfermagem, que tem por definição uma suscetibilidade para, no futuro, apresentar uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos da vida, e o termo “prejudicada” como um julgamento, que consiste em um elemento modificador, que atribui uma limitação ou especificação ao significado do foco diagnóstico. (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Após a definição completa do conceito realizou-se a identificação dos antecedentes por meio da revisão integrativa de literatura a partir da seguinte questão: Quais fatores aumentam a suscetibilidade para uma função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade? Neste estudo foram identificados apenas os antecedentes, por tratar-se de um diagnóstico de risco, o qual não possui consequentes.

Com os antecedentes listados construíram-se as definições conceituais e operacionais (referências empíricas) desses. Para isso, utilizaram-se também artigos científicos não incluídos na amostra da revisão integrativa; guidelines; diretrizes; manuais do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde; dicionários especializados de termos técnicos da área da saúde (enfermagem/ medicina); livros e dicionários da língua portuguesa.

Posteriormente, foi feita uma relação de equivalência entre os antecedentes encontrados na revisão de literatura e os fatores de risco listados na NANDA-I (2015-2017). A partir de então, os antecedentes foram agrupados em fatores de risco, condições associadas e populações em risco, conforme a estruturação da nova taxonomia da NANDA-I (2018-2020).

Os fatores de risco são aqueles que existem apenas em diagnósticos de risco e relacionam-se a fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável. São fatores passíveis de modificação pelos enfermeiros de forma independente. As condições associadas são àquelas que não são modificáveis pelo enfermeiro de forma independente e estão relacionadas a diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. A nova estrutura da NANDA-I traz ainda as populações em risco, que são os 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 (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A construção dos casos modelo e contrário foi a última etapa realizada da análise de conceito, e foi baseada na experiência da pesquisadora na área de enfermagem em cardiologia, aliada às vivências em um projeto de extensão vinculado à Universidade Federal de Pernambuco que ocorre dentro de uma instituição prisional feminina. A construção dos mesmos se deu embasada no “risco de função cardiovascular prejudicada” e possibilitou melhor entendimento dos resultados da análise conceitual, bem como maior clareza na identificação dos antecedentes.

As definições conceituais e empíricas foram a base da construção do instrumento utilizado na próxima etapa de análise de conteúdo por juízes, o qual continha o título e a definição do DE estudado, bem como as definições conceituais e empíricas dos antecedentes e uma nova proposta de classificação desses em fatores de risco, condições associadas e populações em risco.

4.4 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

Foram selecionados 26 estudos por meio da revisão integrativa e consultados adicionalmente oito livros-texto, os quais fundamentaram a análise do conceito “risco de função cardiovascular prejudicada” para avaliação de mulheres privadas de liberdade. Os dados foram compilados em tabelas e quadros e contemplaram os seguintes tópicos: caracterização dos estudos, definição do conceito estudado, identificação dos atributos críticos e dos antecedentes do conceito em questão, bem como suas definições conceituais e empíricas. Além disso, foi realizada a comparação dos componentes do DE Risco de função cardiovascular prejudicada descritos na NANDA-I (2015-2017) com os encontrados na literatura e a categorização dos antecedentes em fatores de risco, condições associadas e populações em risco.

4.4.1 Caracterização dos estudos

Tabela 2 - Distribuição dos artigos conforme o continente, ano de publicação, área temática e nível de evidência. Recife-PE, 2018.

Variável	N	%
Continente		
América do Norte	13	50,0
Europa	10	38,5
Ásia	2	7,7
África	1	3,8
Total	26	100,0
Ano de publicação		
Até 2010	4	15,4
2011 a 2014	8	30,8
2015 a 2018	14	53,8
Total	26	100,0
Área temática		
Medicina	15	57,7
Multiprofissional	7	26,9
Enfermagem	2	7,7
Nutrição	1	3,8
Psicologia	1	3,8
Total	26	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos artigos conforme o continente, ano de publicação, área temática e nível de evidência. Recife-PE, 2018.

(Continuação)		
Variável	N	%
Nível de evidência		
Nível VI	18	69,2
Nível V	5	19,2
Nível I	2	7,7
Nível III	1	3,8
Total	26	100,0

Fonte: elaborado pela autora.

De acordo com a tabela 2, os artigos foram originários principalmente da América do Norte (50,0%) e da Europa (38,5%). Destaca-se que dentre os países da América do Norte, os EUA foram os responsáveis pelo maior número de publicações (n=11). Não foi encontrado nenhum estudo brasileiro (dado não apresentado na tabela).

Em relação à área temática dos artigos, a maioria foi desenvolvido por médicos (57,7%) e equipe multiprofissional (26,9%), com apenas dois estudos (7,7%) desenvolvidos por enfermeiros. Quanto ao ano de publicação, 53,8% dos artigos foram publicados de 2015 a 2018, com uma tendência de aumento progressivo no número de publicações a partir de 2011.

Em relação ao nível de evidência, a maioria dos estudos foi classificada no nível VI (69,2%), com a predominância de artigos descritivos (n=17) e um qualitativo, seguidos do nível V (19,2%), com artigos de revisão de estudos descritivos e qualitativos. Não foram encontradas dissertações e teses.

4.4.2 Identificação dos possíveis usos do conceito

A definição do conceito foi centrada no seu núcleo central, que é o termo “função cardiovascular”. Ressalta-se a dificuldade de encontrar essa definição nos artigos científicos, visto que trata-se de conceito atrelado à área de fisiologia. Em todos os livros consultados o conceito de função cardiovascular esteve relacionado a uma função fisiológica do organismo que contribui no transporte de substâncias, na homeostase corporal e remoção de resíduos catabólicos.

4.4.3 Determinação dos atributos críticos ou essenciais

A partir das buscas em livros-texto foram encontrados os conceitos do termo “função cardiovascular” (Quadro 1), os quais subsidiaram a formulação dos atributos críticos e, posteriormente, a construção da definição do “risco de função cardiovascular prejudicada”.

Quadro 1 - Definições do conceito “função cardiovascular” a partir de livros-texto. Recife-PE, 2018.

CONCEITO FUNÇÃO CARDIOVASCULAR
Garantir o mais eficaz gradiente de concentração e a mínima distância para o transporte de oxigênio ao interior das células, assegurando remoção de gás carbônico no sentido reverso e o transporte de outros nutrientes, hormônios e catabólitos (GOTTSCHALL, 1995).
A bomba cardíaca e os vasos sanguíneos são responsáveis por transportar e distribuir substâncias essenciais, remover subprodutos metabólicos dos tecidos e participar de mecanismos homeostáticos (KOEPPEN; STANTON, 2009).
Contribuir para a homeostase corporal pelo transporte de nutrientes, gases, resíduos, eletrólitos e hormônios entre os tecidos e órgãos por meio dos vasos sanguíneos, tendo o coração como bomba propulsora (SILVERTHORN, 2010).
O sistema cardiovascular tem a função de assegurar a homeostase corporal por meio do transporte rápido e eficaz de nutrientes, oxigênio e hormônios a todos os órgãos e tecidos, bem como pela remoção de resíduos metabólitos desses (BARRETT et al., 2016).
O coração funciona como uma bomba que é responsável por transportar nutrientes para os tecidos por meio dos vasos sanguíneos, transportar os produtos finais do metabolismo para longe dos tecidos, difundir substâncias entre o sangue e os tecidos, conduzir hormônios de uma parte do corpo para outra e manter um ambiente adequado nos líquidos teciduais para a sobrevivência e funcionamento das células (HALL; GUYTON, 2017).
A função principal do sistema cardiovascular é fornecer sangue e nutrientes oxigenados aos tecidos e remover sangue e produtos residuais desoxigenados. Além disso, esse sistema deve garantir as funções homeostáticas corporais (pressão arterial, equilíbrio de fluidos corporais, regulação da temperatura corporal, adaptação em condições de estresse, transporte de hormônios, proteção do organismo) (ELMOSELHI, 2017).
Fornecimento de transporte rápido de oxigênio, nutrientes e água para os tecidos de todo corpo, bem como a retirada de resíduos metabólitos desses mesmos tecidos. Além disso, o sistema cardiovascular tem a função de distribuir os hormônios aos tecidos e regulação da temperatura corporal (HERRING; PATERSON, 2018).
O sistema cardiovascular é responsável pela manutenção da homeostase corporal, transporte de substâncias e remoção de produtos metabólitos dos órgãos e tecidos (MOHRMAN; HELLER, 2018).

Fonte: elaborado pela autora.

Ao realizar a análise do conceito “função cardiovascular” na literatura, foram identificados os termos mais frequentes associados ao conceito, e, em seguida, esses foram agrupados e determinados os atributos críticos, o que possibilitou uma visão mais ampla e aprofundada do conceito estudado. Assim, os atributos identificados nas referências consultadas foram: transporte de substâncias, homeostase corporal, remoção de resíduos.

Após a determinação desses atributos, e com base nas definições da literatura encontrada e na NANDA-I, foi construída a seguinte definição conceitual do risco de função cardiovascular prejudicada: Suscetibilidade a prejuízos no transporte de substâncias, na homeostase corporal e na remoção de resíduos metabólicos dos tecidos decorrentes de alterações cardiovasculares que podem comprometer a saúde.

4.4.4 Identificação dos antecedentes

Os antecedentes do conceito “Risco de função cardiovascular prejudicada” para avaliação de mulheres privadas de liberdade foram identificados pela revisão integrativa de literatura e agrupados, totalizando 18, a saber: diabetes, dislipidemia, sedentarismo, hipertensão arterial, antecedentes pessoais e familiares de doença cardiovascular, conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, sobrepeso, obesidade, tabagismo, alimentação não saudável, ansiedade, depressão, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas, síndrome metabólica, estresse e menopausa.

4.4.5 Definições conceituais e referências empíricas (operacionais)

Inicialmente foram descritas as definições conceituais e as referências empíricas de cada um dos antecedentes, conforme apresentado a seguir:

- **Diabetes** (encontrado em sete artigos):

Definição conceitual: Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. O diabetes tipo 1A é causado pela deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais; o tipo 1B caracteriza-se pela deficiência de insulina de natureza idiopática. O DM tipo 2 é a perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina (ADA, 2010).

Definição operacional: Presença de glicemia de jejum com valor $>$ ou $=$ a 126 mg/dl ou medição de glicose duas horas após sobrecarga com 75g de glicose $>$ ou $=$ a 200mg/dl ou

medição de glicemia ao acaso com valor $>$ ou $=$ a 200 mg/dl mais a presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento) ou HbA1c (hemoglobina glicada) com valor $>$ ou $=$ 6,5%. A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória \geq 200 mg/dL. Método de HbA1c deve ser o padronizado (ADA, 2010).

- **Dislipidemia** (encontrado em dez artigos):

Definição conceitual: Distúrbio que altera os níveis sanguíneos dos lipídeos. De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia é classificada como: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo (FALUDI et al., 2017).

Definição operacional: Na hipercolesterolemia isolada há o aumento isolado do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL). Na hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado dos triglicérides (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). Na hiperlipidemia mista: aumento do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL) e dos TG (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). O HDL-c baixo corresponde a redução do HDL-c (homens $<$ 40 mg/dL e mulheres $<$ 50 mg/dL) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG (FALUDI et al., 2017).

- **Sedentarismo** (encontrado em 13 artigos):

Definição conceitual: Refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza atividade física, na frequência, na duração e na intensidade recomendadas.

Definição operacional: Relato de falta de atividade física em uma intensidade pelo menos moderada, na maioria dos dias da semana, por no mínimo 30 minutos (GUEDES et al., 2013).

- **Hipertensão arterial** (encontrado em dez artigos):

Definição conceitual: Condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos \geq 130 e/ou 80 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela

presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (AHA, 2018).

Definição operacional: Constatação de níveis tensionais ≥ 130 e/ou 80 mmHg sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, duas a três vezes, em duas a três ocasiões distintas (AHA, 2018).

- **Antecedentes pessoais de doença cardiovascular** (encontrado em um artigo):

Definição conceitual: Possuir histórico pessoal de doença cardiovascular (BRASIL, 2013).

Definição operacional: Relato de manifestações clínicas prévias da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes (como a presença de diabetes melito tipos 1 ou 2, ou de doença renal crônica significativa, mesmo em prevenção primária) (BRASIL, 2013).

- **Antecedentes familiares de doença cardiovascular** (encontrado em um artigo):

Definição conceitual: Possuir histórico familiar (parente de primeiro grau) de doença cardiovascular (BRASIL, 2013).

Definição operacional: Relato de história familiar de doença cardiovascular/doença arterial coronariana prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos) (BRASIL, 2013).

- **Sobrepeso** (encontrado em 19 artigos):

Definição conceitual: Excesso de peso resultante de um balanço energético positivo devido uma dieta com alta ingestão energética e baixa prática de atividade física (MCKNIGHT, 2003).

Definição operacional: Presença de Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m², definido pela fórmula peso (kg)/altura (m)² (WHO, 1998).

- **Obesidade** (encontrado em 21 artigos):

Definição conceitual: Acúmulo de gordura corporal resultante de um desequilíbrio energético prolongado, que pode ser ocasionado por um excessivo consumo de calorias e/ou inatividade física, sendo que esse acúmulo excede a classificação de sobrepeso (WHO, 1998).

Definição operacional: Presença de Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30 kg/m², definido pela fórmula peso (kg)/altura (m)² (WHO, 1998).

- **Tabagismo** (encontrado em 16 artigos):

Definição conceitual: Ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina, sendo considerado uma doença crônica (INCA, 2007).

Definição operacional: Relatar consumo de pelo menos um cigarro diário por um período não inferior a seis meses (WHO, 1983).

- **Alimentação não saudável** (encontrado em 13 artigos):

Definição conceitual: Alimentação que não segue as recomendações nutricionais preconizadas como saudáveis, a saber: ser variada, dar preferência a alimentos naturais, consumir diariamente três porções de legumes e verduras como parte das refeições, três porções de frutas nas sobremesas e lanches e três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Evitar o consumo frequente e em grande quantidade de sal, gordura, óleos, açúcar, doce, refrigerante, salgadinho e outros alimentos industrializados, processados e ultraprocessados (BRASIL 2008a; BRASIL, 2014c).

Definição operacional: Relato de consumo frequente e em excesso de sal, gordura, óleos, açúcar, doce, refrigerante, salgadinho e outros alimentos industrializados, processados e ultraprocessados. Além de relato de consumo diário de menos de três porções de legumes e verduras como parte das refeições, menos de três porções de frutas nas sobremesas e lanches e menos de três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos (BRASIL 2008a; BRASIL, 2014c).

- **Ansiedade** (encontrado em cinco artigos):

Definição conceitual: Sentimento vago e desagradável de medo, 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 (CASTILLO, 2000).

Definição operacional: Relato de sentimento vago e desagradável de medo, 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 (CASTILLO, 2000).

- **Depressão** (encontrado em sete artigos):

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. Indivíduos com depressão normalmente apresentam perda de energia; mudanças no apetite; aumento ou redução do sono; ansiedade; perda de concentração; indecisão; inquietude; sensação de que não valem nada, culpa ou desesperança; e pensamentos de suicídio ou de causar danos a si mesmas (WHO, 2010b).

Definição operacional: O indivíduo relata ou apresenta tristeza persistente e 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. Apresentam ainda, perda de energia; mudanças no apetite; aumento ou redução do sono; ansiedade; perda de concentração; indecisão; inquietude; sensação de que não valem nada, culpa ou desesperança; e pensamentos de suicídio ou de causar danos a si mesmas (WHO, 2010b).

- **Consumo de bebida alcoólica** (encontrado em sete artigos):

Definição conceitual: A ingestão frequente de quantidades e qualidades variáveis de bebidas alcoólicas que pode ser classificado em leve, moderado e pesado a depender das quantidades ingeridas e da frequência de ingestão, sendo que um consumo pesado está relacionado a problemas de saúde (WHO, 1994; WHO, 2000).

Definição operacional: Relato de uso de bebida alcoólica em duas doses/dia para homens e uma dose/dia para mulheres configura consumo moderado. O consumo de mais de duas doses/dia para homens e mais de uma dose/dia para mulheres é considerado prejudicial à saúde, assim como o uso acima de 30 gramas diária da substância para homens e 15 gramas diária para mulheres (WHO, 1994; WHO, 2000).

- **Abuso de drogas ilícitas** (encontrado em 11 artigos):

Definição conceitual: Padrão de uso repetido e inadequado de uma substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei. O abuso é indicado pelo uso continuado da substância mesmo tendo um problema social, ocupacional, psicológico ou físico persistente ou recorrente que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações perigosas fisicamente. O uso nocivo e uso perigoso são termos equivalentes (WHO, 1994).

Definição operacional: Relato de uso da substância mesmo com problemas sociais, psicológicos ou físicos atribuíveis ao uso da dela; uso recorrente em situações em que esse consumo pode ser fisicamente perigoso. Para ser constatado o abuso da droga ilícita é necessário que um dano real tenha sido ocasionado à saúde física e mental do usuário (OMS, 1993).

- **Síndrome metabólica** (encontrado em três artigos):

Definição conceitual: Transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina (BRASIL, 2005).

Definição operacional: A presença combinada de pelo menos três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida por meio de circunferência abdominal > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres, triglicérides > ou = a 150 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres, pressão arterial > ou = 130 mmHg e > ou = a 85 mmHg, glicemia de jejum > ou = a 110 mg/dl (BRASIL, 2005).

- **Estresse** (encontrado em quatro artigos):

Definição conceitual: Resposta complexa do organismo que está relacionada a reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento/ambiente/estímulo que seja interpretado pelo indivíduo como uma ameaça (SANTOS; CASTRO, 1998).

Definição operacional: O indivíduo relata inicialmente uma resposta emocional intensa que é permeada por alterações no ritmo cardíaco e respiratório, na pressão arterial (aumentados) e tremores. Os níveis séricos de hormônios corticosteroides e catecolaminas terão suas concentrações aumentadas. Em relação ao comportamento, o indivíduo pode apresentar-se menos sociável, adotar uma postura mais hostil e insensível perante outros indivíduos, relato de irritabilidade, comportamento agressivo, ansiedade excessiva, medos, fobias, tristeza e depressão. O indivíduo apresentará escores elevados em escalas que avaliam o stress (SANTOS; CASTRO, 1998).

- **Menopausa** (encontrado em um artigo):

Definição conceitual: Fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e a produção de esteroides e peptídeo hormonal diminui e conseqüentemente se produzem no organismo diversas mudanças fisiológicas, dentre elas a cessação da menstruação. Geralmente ocorre em torno dos 48 aos 50 anos (OMS, 1996).

Definição operacional: A mulher deve estar por um período de 12 meses consecutivos sem menstruações, sem outra causa aparente, patológica ou psicológica, geralmente a partir dos 48 anos (BRASIL, 2008b).

- **Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco** (encontrado em três artigos):

Definição conceitual: Pouco entendimento ou desconhecimento sobre os fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver alguma patologia (COLLIN, 2007; FERREIRA, 2010).

Definição operacional: Relato de pouco entendimento ou desconhecimento sobre os fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver alguma patologia (COLLIN, 2007; FERREIRA, 2010).

Posteriormente à construção das definições conceituais e operacionais, foi feita uma relação de equivalência entre os antecedentes encontrados na revisão integrativa de literatura e os fatores de risco listados na NANDA-I (2015) (Quadro 2). Além disso, foi realizada também a categorização desses antecedentes em fatores de risco, condições associadas e populações em risco conforme a nova estrutura da NANDA-I (2018) (Quadro 3).

Quadro 2 - Relação de equivalência de antecedentes da análise do conceito “risco de função cardiovascular prejudicada” com termos opostos, que são os fatores de risco do DE Risco de função cardiovascular prejudicada presentes na NANDA-I (2015-2017). Recife-PE, 2018.

Antecedentes provenientes da revisão integrativa de literatura	Fatores de risco da NANDA-I 2015-2017
Não identificado na revisão integrativa	Agente farmacológico
Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco	Conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis
Diabetes	Diabetes Melito
Dislipidemia	Dislipidemia
Sedentarismo	Estilo de vida sedentário
Hipertensão arterial	Hipertensão arterial
Antecedentes pessoais de doença cardiovascular	História de doença cardiovascular
Antecedentes familiares de doença cardiovascular	História familiar de doença cardiovascular
Não identificado na revisão integrativa	Idade > ou = a 65 anos
Obesidade	Obesidade
Sobrepeso	Não há correspondente
Tabagismo	Tabagismo
Alimentação não saudável	Não há correspondente
Ansiedade	Não há correspondente
Depressão	Não há correspondente
Consumo de bebida alcoólica	Não há correspondente
Abuso de drogas ilícitas	Não há correspondente
Síndrome metabólica	Não há correspondente
Estresse	Não há correspondente
Menopausa	Não há correspondente

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme o quadro 2, nota-se que dos fatores de risco listados na NANDA-I (2015), apenas dois não foram encontrados na revisão de literatura, a saber: agente farmacológico e idade > ou = a 65 anos. Ressalta-se que o fator agente farmacológico é definido como “substância química que atua com propriedades medicinais” (COLLIN, 2007), o qual apresenta significado muito amplo, e com pouca especificidade para configurar-se em fator de risco para a função cardiovascular prejudicada.

Em relação à idade, alguns estudos demonstraram que o envelhecimento está relacionado ao aumento do risco de desenvolver doenças cardiovasculares. Especialmente a idade maior ou igual a 65 anos tem sido classificada como um fator de risco para uma função cardiovascular prejudicada em grandes estudos (D’AGOSTINO et al., 2001; CONROY et al., 2003). Destaca-se que a população feminina privada de liberdade é relativamente jovem e, talvez por isso, esse fator de risco não tenha sido contemplado nos estudos que compuseram a revisão integrativa.

Convém destacar ainda, que nove novos antecedentes foram encontrados na revisão de literatura que não apresentavam correspondentes na NANDA-I (2015), os quais serão categorizados conforme a nova classificação da NANDA-I (2018) para compor a proposta final do DE que foi submetida à análise de conteúdo por juízes (Quadro 3).

De acordo com os dados apresentados no Quadro 3, para atender a nova estrutura da NANDA-I (2018), tem-se uma nova classificação dos 18 antecedentes com a proposta de dez fatores de risco, cinco condições associadas e três populações em risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada.

Quadro 3 - Categorização dos antecedentes em fator de risco, condição associada e populações em risco conforme a nova estrutura da NANDA-I (2018-2020). Recife-PE, 2018.

Antecedentes provenientes da revisão integrativa de literatura	Categorização da nova classificação da NANDA-I (2018-2010)
Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco	Fator de risco
Diabetes	Condição associada
Dislipidemia	Fator de risco
Sedentarismo	Fator de risco
Hipertensão arterial	Condição associada
Antecedentes pessoais de doença cardiovascular	População em risco
Antecedentes familiares de doença cardiovascular	População em risco
Obesidade	Fator de risco
Sobrepeso	Fator de risco
Tabagismo	Fator de risco
Alimentação não saudável	Fator de risco
Ansiedade	Fator de risco
Depressão	Condição associada
Consumo de bebida alcoólica	Fator de risco
Abuso de drogas ilícitas	Condição associada
Síndrome metabólica	Condição associada
Estresse	Fator de risco
Menopausa	População em risco

Fonte: elaborado pela autora.

4.4.6 Construção de um caso modelo e um caso contrario

Para clarificar o conceito do risco de função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade, optou-se por construir com base na experiência da pesquisadora na área de enfermagem em cardiologia, aliada às vivências em um projeto de extensão em uma instituição penal feminina, um caso modelo sem os antecedentes, e um caso contrário com os antecedentes, visto que se trata de um conceito de risco, o qual fica melhor representado pelos seus antecedentes (fatores de risco, condições associadas e populações em risco).

Caso Modelo: *S. M. S., feminino, 35 anos, encontra-se em privação de liberdade há 3 meses por motivo de tráfico de drogas. Nega hipertensão, diabetes e dislipidemia. Afirma que ia regularmente ao posto de saúde próximo de sua casa e seus exames laboratoriais sempre davam normais. Nega antecedentes familiares de doença cardiovascular. A mãe faleceu de câncer de útero. Afirma não ser usuária de drogas ilícitas, nem de cigarro e álcool. Durante a primeira consulta de enfermagem no presídio foram verificados níveis pressóricos (PA= 110x70 mmHg) e glicêmicos (80 mg/dl) normais, IMC (23 kg/m²) e circunferência abdominal dentro da faixa de normalidade (79 cm). Refere que no turno que pode circular pelo pátio, aproveita para realizar caminhadas de intensidade moderada de 30 min todos os dias da semana. Sobre a alimentação, refere que aceita bem a dieta que é servida no presídio, especialmente as frutas e legumes, afirma evitar comidas doces, gordurosas e salgadas. Disse que se apegou com Deus e a religiosidade quando entrou no presídio, o que tem ajudado a enfrentar a privação de liberdade e o isolamento do marido e dos filhos.*

Nesse caso modelo fica explícito que S. M. S. não apresenta nenhum antecedente que a classifique como em risco de função cardiovascular prejudicada, pois a mesma não possui nenhum fator endógeno (idade, antecedentes pessoais e/ou familiares de doença cardiovascular), busca um estilo de vida com realização de atividades físicas, escolhas alimentares mais saudáveis, cuidados com a saúde e, apesar de estar em um ambiente de encarceramento, demonstrou resiliência, buscando na espiritualidade um mecanismo de enfrentamento da situação vivenciada.

Caso contrário: *M. J. F. S., feminino, 50 anos, encontra-se em privação de liberdade há 1 ano por motivo de tráfico de drogas. Relata que sua mãe era hipertensa e seu pai faleceu de “infarto do coração”. Não menstrua mais desde os 48 anos. A mesma afirma ser usuária de álcool e maconha diariamente em grandes quantidades, até antes do aprisionamento. Refere que antes do aprisionamento foi diagnosticada com hipertensão e dislipidemia pelo médico do posto próximo da sua casa, entretanto, não utilizava nenhuma medicação. Durante a primeira consulta de enfermagem no presídio foram identificados sintomas de estresse e ansiedade. A reeducanda (termo utilizado para designar a mulher presa) relatava que não dormia direito à noite, pois o espaço na cela é muito apertado, e, além disso, sentia muita falta de seus filhos e da droga. Na cela em que vive, as reeducandas brigam muito, fumam e falam alto, o que gera um ambiente estressante. Esse misto de acontecimentos a fez sentir-se muito triste e ficar ansiosa, inclusive, iniciando o uso do tabaco. Na avaliação física, foram verificados níveis pressóricos elevados (PA= 160x100 mmHg), além de sobrepeso confirmado pelo IMC (28 kg/m²) e circunferência abdominal*

aumentada (110 cm). A glicemia capilar foi verificada após 12 horas jejum e estava muito alterada (200 mg/dl). Refere que atualmente conseguiu uma vaga para trabalhar em uma fábrica dentro do presídio, no entanto, isso a impossibilita de realizar atividade física diariamente. Disse que não gosta da comida que é servida porque é muito gordurosa e salgada, acaba comprando outros alimentos para consumo, como macarrão instantâneo e carne enlatada.

Diante do caso contrário, pode-se perceber claramente a presença dos antecedentes: fatores endógenos (histórico familiar de doença cardiovascular, menopausa), fatores relacionados a estilo de vida (sedentarismo, alimentação não saudável, tabagismo, consumo de álcool, abuso de drogas, hipertensão, diabetes, dislipidemia, ansiedade) e fatores psicossociais (ambiente estressante, isolamento social), o que coloca M. J. F. S. em risco de função cardiovascular prejudicada.

Por fim, foi realizada a síntese do conhecimento e elaborado um instrumento que foi submetido à análise de conteúdo por juízes, o qual apresentou o resultado das etapas da análise de conceito (APÊNDICE E).

4.5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO

Os resultados acerca da caracterização dos estudos demonstraram que os artigos que abordavam os fatores de risco para uma função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade foram desenvolvidos em sua maioria na América do Norte, sendo 11 nos EUA. Ressalta-se que o referido país encontra-se na primeira posição no ranking mundial dos 12 países que mais encarceram mulheres no mundo, talvez por isso seja justificável grande quantitativo de pesquisas desenvolvidas nele (INSTITUTE FOR CRIMINAL POLICY RESEARCH, 2017). É válido destacar ainda, que o Brasil ocupa a quarta posição nesse ranking, entretanto, não foi encontrado nenhum artigo brasileiro referente à temática estudada na análise de conceito, o que pode sugerir que o assunto vem sendo pouco explorado por pesquisadores no referido país.

Quanto ao ano de publicação, observou-se nos artigos que compuseram análise de conceito um crescimento no número de publicações sobre a temática a partir de 2011, o que poderia ser justificado pelo fato de, nos últimos anos, haver uma modificação no perfil das doenças mais prevalentes no sistema penitenciário, colocando em evidência as doenças crônicas, com especial destaque para as DCV, em detrimento das doenças infecciosas, o que

tende a atrair os olhares dos pesquisadores para desenvolvimento de pesquisas nesta temática (VERA-REMARTÍNEZ et al., 2014).

A área temática que mais publicou artigos sobre o domínio pesquisado foi a medicina. Esse achado está em consonância com os dados encontrados em outro estudo semelhante (GUEDES et al., 2013). Ressalta-se, entretanto, que apenas dois artigos foram realizados por enfermeiros, o que anuncia a necessidade do envolvimento desses profissionais no cenário da pesquisa em relação aos fatores de risco cardiovasculares na população privada de liberdade brasileira, no intuito de fortalecer a prática baseada em evidências e, conseqüentemente, a assistência de enfermagem nesses cenários.

O nível de evidência da maioria dos artigos foi o VI (18), que corresponde às evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo. Alguns autores relatam também que a maior parte dos artigos que serviram de dados para análises de conceito em pesquisas semelhantes são classificados em baixos níveis de evidência (GUEDES et al., 2013; FRAZÃO, 2015), o que pode ser justificado pelo fato de que a maioria dos estudos sobre os elementos que fazem parte de um diagnóstico de enfermagem serem realizados por meio de pesquisas observacionais. Entretanto, esse fato não compromete a qualidade da análise conceitual, já que, na maioria das vezes a busca de literatura somente em bases de dados torna-se insuficiente para atender aos propósitos do processo de validação, com a necessidade de consulta em outras fontes, como livros-texto e dicionários, por exemplo (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Sobre a definição do conceito em estudo, tomando por base o seu núcleo central, que é o termo “função cardiovascular”, destaca-se que a proposta de conceituação da NANDA-I (2015-2017) não deixa claro o que de fato seria uma função cardiovascular, ao conceituar o “risco de função cardiovascular prejudicada”. A análise de conceito, ao inicialmente buscar a definição do núcleo conceitual “função cardiovascular”, desvelou esse significado, demonstrando que esse termo esteve associado aos mecanismos fisiológicos de funcionamento do sistema cardiovascular. Assim, foi possível elencar os atributos críticos encontrados, que foram: transporte de substâncias, homeostase corporal e remoção de resíduos metabólicos, os quais permitiram a construção de uma nova proposta de definição do “risco de função cardiovascular prejudicada”.

Ressalta-se que os atributos encontrados são funções básicas do sistema cardiovascular que se complementam atuando sinergicamente para um bom desempenho desse sistema. Em casos de alterações no coração e nos vasos sanguíneos, o organismo fica vulnerável a prejuízos no transporte de substâncias, na homeostase corporal e na remoção de resíduos.

Existem ainda algumas condições que podem aumentar a suscetibilidade do organismo a apresentar alterações no coração e nos vasos sanguíneos e, conseqüentemente, no funcionamento desses (HALL; GUYTON, 2017).

Em relação a essas condições, a literatura consultada demonstrou que as mulheres privadas de liberdade encontram-se expostas a diversas delas, que acabam por aumentar a vulnerabilidade a alterações no bom funcionamento do sistema cardiovascular. Essas condições foram categorizadas de acordo com a nova proposta de classificação da NANDA-I (2018-2020), em fatores de risco, condições associadas e populações em risco. Dos 18 antecedentes elencados, dez foram classificados em fatores de risco, cinco em condições associadas e três em populações em risco.

Dentre os fatores de risco, destacam-se o conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, sobrepeso, tabagismo, alimentação não saudável, ansiedade, consumo de bebida alcoólica e estresse. Todas essas condições frequentemente coexistem como fatores de risco para doença cardiovascular em muitos indivíduos e são modificáveis. Dessa forma, as intervenções dos enfermeiros que atuam com esses indivíduos devem voltar-se à promoção de estilo vida saudável por meio de múltiplas abordagens, como assessoramento telefônico, aconselhamento nutricional, apoio emocional, medidas para o controle da glicemia, do fumo, consumo de bebida alcoólica e peso, escuta ativa e educação para a saúde com o intuito de modificação de comportamento em prol da saúde cardiovascular (LUIS; ABREU; GÓMEZ, 2017).

Estudo realizado em um centro penitenciário espanhol demonstrou que as mulheres eram mais afetadas que os homens por diversos desses fatores de risco modificáveis. Estavam presentes nas mulheres condições como a dislipidemia, o tabagismo, a alimentação não saudável, o estresse, o sobrepeso, a obesidade e o sedentarismo, sendo esse último uma das condições que afetou o grupo de mulheres em maior porcentagem (VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018).

O sedentarismo é um fator prioritário nos ambientes prisionais, em especial, o ambiente feminino, visto que parece existir baixo estímulo/incentivo para realização de atividades físicas nas prisões femininas, com poucos programas recreativos (LAGARRIGUE et al., 2017). Sabe-se que o sedentarismo é considerado um dos mais importantes fatores de risco no desenvolvimento das doenças cardiovasculares, está fortemente associado ao sobrepeso e obesidade e contribui ainda para o aumento da resistência à insulina e dos níveis séricos dos lipídeos. Assim, considera-se que um estilo de vida sedentário contribui para a

manifestação e agravamento de outras condições de saúde, que quando somadas, aumentam o risco para eventos cardiovasculares (CARLUCCI et al., 2013).

Indivíduos sedentários possuem mais risco de morte por doenças do coração e diabetes em comparação com pessoas que realizam no mínimo 30 minutos de atividade física moderada, cinco vezes por semana (ROCHA; MARTINS, 2017). A prática de atividade física rotineira auxilia na prevenção das doenças cardiovasculares, uma vez que está relacionada a inúmeros benefícios para a saúde, incluindo aspectos biopsicossociais, cognitivos e comportamentais. (WHO, 2018a).

Outro fator de risco encontrado em 13 estudos da análise de conceito foi a alimentação não saudável. Estudo realizado em prisão do estado europeu examinou a adequação nutricional dos alimentos fornecidos às mulheres e constatou que a dieta fornecida era calórica (121% acima das recomendações para as mulheres), muito rica em colesterol, gordura e sódio (303% do recomendado). Além disso, as mulheres tinham acesso à compra de alimentos industrializados com alto teor de gordura e sódio e pobre em vitaminas e minerais (COOK et al., 2015). Sabe-se que consumo a longo prazo de alimentos calóricos, ricos em gordura, colesterol e sódio pode contribuir para o aumento do risco de doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemias e hipertensão (BRASIL, 2013).

Essas três últimas morbidades contribuem fortemente para o desenvolvimento da síndrome metabólica, condição associada à doença cardiovascular que aumenta a mortalidade geral em 1,5 vezes e a cardiovascular em 2,5 vezes. Essa síndrome está relacionada principalmente com a obesidade central; altos níveis de triglicérides; baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL); elevação da pressão arterial e intolerância à glicose ou diabetes mellitus tipo II previamente diagnosticado, todos fatores de risco com impacto negativo significativo no sistema cardiovascular (FERREIRA, 2016).

A hipertensão arterial, outra condição importante discutida em dez artigos que compuseram a análise de conceito, é uma morbidade que apresenta prevalência mais alta em mulheres (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016). Essa doença aliada à dislipidemia e ao tabagismo atua no processo de agressão ao endotélio vascular e conseqüentemente na gênese da placa aterosclerótica aumentando o risco de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico (BRASIL, 2013). Devido a isso, a hipertensão representa um dos mais relevantes fatores de risco cardiovascular (ROCHA; MARTINS, 2017).

A diabetes foi outra condição associada discutida em sete artigos da análise de conceito. De acordo com o *International Diabetes Federation*, as pessoas com essa doença apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, pois os altos níveis de glicemia podem ativar o sistema de coagulação aumentando os riscos da formação de coágulos sanguíneos. Além disso, a diabetes associada a hipertensão e dislipidemia aumentam o risco de complicações como angina do peito, infarto do miocárdio, doença arterial coronariana, derrame cerebral, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca (IDF, 2017).

O tabagismo foi apresentado nos artigos como um dos fatores de risco que possuíam as maiores taxas de prevalência no meio prisional feminino. Estudiosos afirmam que em relação à população privada de liberdade, esse hábito tem sido associado a maior mortalidade (BINSWANGER et al., 2014).

O consumo de cigarros influencia principalmente o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e cânceres. O risco de doença isquêmica do coração e sua mortalidade aumentam proporcionalmente com o tempo que se fuma em anos e a quantidade de cigarros consumidos por dia, havendo risco de doença em todos os níveis de consumo de cigarro (ROCHA; MARTINS, 2017).

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas também foi destacado pelos estudos encontrados como hábito frequentemente relatado pelas mulheres privadas de liberdade. Destaca-se que a bebida alcoólica consumida nas prisões é de fabricação própria. Os reclusos utilizam o arroz para produzir uma fermentação alcoólica e denominam o produto de “maria louca” (OLIVEIRA et al., 2014).

Esse consumo abusivo de bebidas alcoólicas tem sido associado ao maior risco de eventos cardiovasculares, especialmente para as mulheres. A ingestão de grandes quantidades de álcool em uma única ocasião associa-se a efeitos adversos na pressão arterial, na agregação plaquetária e no sistema elétrico cardíaco, aumentando os riscos de doença coronariana e arritmias (LIMA; KERR-CÔRREA; REHM, 2013).

O abuso de drogas ilícitas foi apontado como condição associada ao desenvolvimento de doença cardiovascular em 11 artigos da análise de conceito. Sabe-se que entre as mulheres privadas de liberdade, esse é um relato altamente presente (BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015; DRACH et al., 2016).

O uso de drogas ilícitas está relacionado a alterações cardiovasculares importantes, a depender do tipo de droga consumida. O uso da cocaína, por exemplo, interfere no efeito das catecolaminas, que promovem alterações na pressão arterial e na frequência cardíaca. Além disso, o uso prolongado está relacionado com hipertrofia ventricular esquerda e aterosclerose prematura. O uso da *cannabis* promove alterações progressivas no sistema nervoso simpático e parassimpático podendo ocasionar alterações no ritmo cardíaco. O uso da heroína induz o aumento da atividade parassimpática, com consequente bradicardia e hipotensão, facilitando o desenvolvimento de arritmias cardíacas fatais (ANSELMINO; MATTA; GAITA, 2014).

Em relação à menopausa, ressalta-se que essa foi classificada como uma população em risco para adoecimento cardiovascular e apareceu em apenas em um estudo. Sabe-se que, quando há cessação da atividade ovariana e diminuição dos níveis de estrógeno, observa-se uma tendência de aumento de prevalência das doenças cardiovasculares nas mulheres. Uma das possíveis explicações é relacionada ao fato de que os estrógenos conferem relativa proteção contra a cardiopatia isquêmica devido ao seu efeito cardioprotetor, o qual se relaciona com a dilatação dos vasos e facilitação do fluxo sanguíneo (MAAS et al., 2010).

Há de se considerar ainda a relação entre fatores psicossociais e doenças cardiovasculares. O baixo nível socioeconômico, o isolamento social, a hostilidade, o estresse, a ansiedade e a depressão são considerados fatores de risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013) e estão frequentemente presentes nos ambientes prisionais (VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018).

Estudo realizado com indivíduos encarcerados no Rio de Janeiro - RJ, encontrou alta prevalência de estresse e sintomas depressivos moderados, especialmente entre as mulheres presas, o que corrobora os achados dessa análise de conceito (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016). O estresse persistente pode levar a alterações em mecanismos fisiológicos do sistema nervoso simpático, com liberação de catecolaminas e aumento na produção de cortisol, mediadores que atuam progressivamente por mecanismos diversos e aumentam o risco de eventos cardiovasculares como doença cardíaca isquêmica, infarto agudo miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias e até morte súbita (PEREIRA; RIBEIRO, 2012).

A experiência de um estresse crônico leva ainda a desequilíbrios na saúde mental, propiciando o surgimento de transtornos mentais como ansiedade e depressão. Em relação à ansiedade, sabe-se que quando ela é uma manifestação patológica, promove uma ativação excessiva do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal e do sistema nervoso simpático, o que

culmina com a liberação de catecolaminas e dano endotelial, que contribuem para a evolução da aterosclerose, ocorrência de doença arterial coronária e eventos cardiovasculares. Assim, a ansiedade é enfatizada como um fator de risco independente para a incidência de doença coronariana e outros eventos cardiovasculares (COHEN; EDMONDSON; KRONISH, 2015).

Alguns estudos demonstraram que os sintomas clínicos da depressão e humor depressivo aumentam a incidência e recorrência de eventos cardiovasculares (NASSER et al., 2016; MOLINA et al., 2016). Além disso, existem alguns mecanismos biológicos pelos quais a depressão associa-se às doenças cardiovasculares, a saber: diminuição da variabilidade da frequência cardíaca, ativação da resposta inflamatória, hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e estímulo da ativação plaquetária, todos fatores envolvidos com a fisiopatologia das doenças cardiovasculares (MOLINA et al., 2016).

Em relação ao baixo nível socioeconômico, destaca-se que esse é um fator que se relaciona diretamente com o nível de escolaridade de um indivíduo e o consequente acesso desse ao conhecimento dos fatores de risco. Nesse sentido, estudo realizado no Rio Grande do Sul com o objetivo de verificar qual o conhecimento que as mulheres têm dos fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, demonstrou que o nível de escolaridade e a renda mostraram-se como barreiras para o conhecimento, possuindo relação inversa com o acesso a informações de qualidade e pertinentes sobre a saúde. Assim, foi evidenciado um baixo nível de conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares principalmente entre as mulheres que possuíam menor renda e escolaridade no estudo (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Diante disso, destaca-se o papel dos programas e profissionais de saúde, de facilitar o acesso ao conhecimento, diminuir as iniquidades sociais e contribuir para o empoderamento das pessoas sobre a sua saúde. As evidências mostram que para que haja mudança de comportamento deve haver o conhecimento prévio dos fatores envolvidos responsáveis pelo adoecimento, seguido pela conscientização de que a persistência em má conduta sobre a sua saúde pode provocar um dano (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Estudo realizado no Líbano encontrou nível satisfatório de conscientização em pacientes não cardíacos para a maioria dos fatores de risco cardiovascular avaliados, embora tenha ressaltado que esse nível satisfatório foi ainda considerado baixo, havendo a necessidade de melhora mediante campanhas educativas e rastreamento (GHADDAR et al., 2018).

Acredita-se que o levantamento dos antecedentes do risco de função cardiovascular prejudicada poderá subsidiar intervenções de enfermagem preventivas, com foco nas necessidades de saúde reais da população, em especial a população privada de liberdade feminina, com vistas a evitar o adoecimento cardiovascular e suas complicações.

5 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

5.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A segunda etapa do estudo consistiu em submeter as definições conceituais e operacionais construídas na etapa da análise de conceito à avaliação de juízes. A validação por especialistas é a segunda etapa do processo de validação de um DE e realiza-se mediante a obtenção das opiniões de pessoas experientes na temática estudada para que atuem como peritos em relação à aparência e o conteúdo da definição do diagnóstico, dos atributos, dos antecedentes, consequentes e das referências empíricas do instrumento construído mediante a análise de conceito (HOSKINS, 1989).

Para Lopes, Silva e Araújo (2012), esta etapa é denominada de “análise de conteúdo por especialistas” e consiste na avaliação do material proveniente da análise de conceito por juízes ou avaliadores, com o objetivo de estimar a concordância desses quanto à definição do DE, ao acréscimo ou exclusão de determinados componentes e à adequação das definições construídas.

Não existe na literatura um consenso sobre o perfil desses juízes, entretanto, ter experiência clínica e conhecimento teórico acerca do tema são dois critérios importantes (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Fehring (1994) propõe alguns critérios para seleção dos juízes, entretanto, esses critérios são predominantemente voltados para a experiência acadêmica com a consideração de titulação, trabalhos publicados e participação de grupo de pesquisa, dando pouco valor à experiência prática/clínica, a qual também é uma característica relevante para o um bom julgamento do juiz (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Em virtude dessa supervalorização da experiência acadêmica, alguns autores realizaram adaptações nos critérios de Fehring (1994), na tentativa de inserir a experiência prática/clínica como um fator relevante para um bom nível de expertise (MELO et al., 2011; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016). Desta forma, ressalta-se a importância da experiência clínica na formação de um perfil de expertise, assim como um adequado balanceamento entre experiência prática e formação acadêmica (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Em relação à análise dos dados, Fehring propõe o cálculo da média ponderal de cada componente diagnóstico, a partir de uma escala tipo likert variando em cinco pontos (1 – Não é indicativo; 2 - Muito pouco indicativo; 3 – De algum modo indicativo; 4 – Consideravelmente indicativo; e 5 - Muitíssimo indicativo). Para cada alternativa é atribuído um peso, sendo respectivamente 1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0 e 5=1, e, partir daí, realiza-se o cálculo da média ponderada que será denominada de Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (FEHRING, 1987). Entretanto, convém ressaltar que essa média ponderada tende a gerar dados superestimados e, conseqüentemente, conclusões equivocadas sobre o material analisado (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Alguns estudiosos (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016) propuseram novas abordagens para tornar o processo de validação de conteúdo mais robusto e com menos limitações. Uma nova abordagem que tem sido utilizada é a da “sabedoria coletiva” na tentativa de sanar o problema da avaliação de juízes apenas com nível elevado de expertise. Tem-se preconizado a busca de profissionais proficientes em vez de *experts*, o que favorece a participação de um maior número de profissionais na análise de conteúdo diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

A abordagem da sabedoria coletiva afirma que a opinião de um agregado de pessoas possui melhores estimativas do que todas as suposições isoladas ou individuais, mesmo que essas tenham sido fornecidas por indivíduos com elevada expertise (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016).

As decisões da coletividade tendem a ser melhores quando são constituídas por julgamentos independentes entre si e por um grupo com grande diversidade de experiências. Tem-se assim, que quando há uma grande diversidade em um grupo, o erro da coletividade tende a ser minimizado, pois as médias da coletividade são maiores do que as médias individuais de cada membro do grupo. Porém, para que isso ocorra, é importante limitar o quanto for possível as interações entre os componentes do grupo (LOPES; SILVA, 2016).

Outra vantagem da abordagem da sabedoria coletiva refere-se à possibilidade de seleção de participantes com níveis variados de conhecimento, dando margens para participação de pessoas com diferentes níveis de formação, como por exemplo, indivíduos com alto nível de formação acadêmica até pessoas graduadas com conhecimento sobre o tema em estudo ou com experiência prática/clínica (LOPES; SILVA, 2016).

Sobre a análise dos julgamentos, a teoria da sabedoria coletiva adota o conceito da diversidade preditiva para numerar as relações entre os julgamentos do grupo e os individuais. Desse modo, os resultados da análise de conteúdo pelos juízes são provenientes da probabilidade de cada juiz do grupo durante o processo de julgamento/inferência. Dessa forma, a avaliação dos juízes é ponderada por seu nível de expertise (LOPES; SILVA, 2016).

Outra questão que deve ser ressaltada é a definição do tamanho amostral para um estudo que tem por base a sabedoria coletiva, que deve ser com fórmulas para estimar o IVC (média) dos julgamentos de cada componente diagnóstico. Recomenda-se ainda, que na análise dos dados, sejam apresentados além dos IVC, seus respectivos intervalos de confiança de 95% e o teste T para uma média ou seu correspondente não paramétrico, a depender da normalidade da variável. Esses testes são utilizados para averiguar se o IVC médio da amostra é menor estatisticamente ao padrão mínimo definido no estudo para considerar o elemento diagnóstico válido (LOPES; SILVA, 2016).

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

- Verificar a opinião de juízes sobre a adequação da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, bem como sobre a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco e a clareza e a precisão de suas definições conceituais e operacionais.

5.3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

5.3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, de validação de diagnóstico de enfermagem. Esse tipo de estudo utiliza os conhecimentos disponíveis de forma sistemática e favorece a elaboração e/ou aprimoramento de um instrumento, dispositivo ou de um método com enfoque na avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e/ou estratégias metodológicas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2009).

A segunda etapa deste estudo foi realizada de dezembro de 2018 a junho de 2019 e teve a finalidade de verificar a opinião de juízes sobre a adequação da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, bem como sobre a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco, e a clareza e a precisão de suas definições conceituais e operacionais. Compreende-se que a análise de conteúdo por juízes pretende estabelecer quais componentes construídos na análise de conceito representam de fato o diagnóstico em questão e quais devem ser retirados ou revisados.

Esta etapa foi desenvolvida baseada no princípio da sabedoria coletiva e fundamentada na teoria da diversidade preditiva. A referida abordagem utiliza-se do conhecimento coletivo de um grupo para inferir sobre a adequação dos conceitos envolvidos sobre um diagnóstico específico. A diversidade preditiva afirma que quanto maior a diversificação em relação ao nível de expertise dos membros do grupo, melhor a precisão de suas inferências, devido ao fato de que um erro de predição individual é diminuído quando considerado os julgamentos coletivos com diferentes níveis de conhecimento (LOPES; SILVA, 2016). Deste modo, é importante estabelecer o nível de habilidade dos avaliadores, o qual foi fundamentado pela classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), explicada no próximo tópico.

5.3.2 Seleção de juízes

A seleção dos juízes ocorreu, inicialmente, a partir de critério mínimo estabelecido pela pesquisadora: possuir experiência prática com a temática diagnóstico de enfermagem e/ou área de cardiologia. O recrutamento desses 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: “diagnósticos de enfermagem” e “cardiologia”. Foram realizadas também busca de juízes no universo relacional da pesquisadora e orientadoras. Posteriormente, foi realizada a amostragem do tipo “bola de neve”, mediante indicação de outros participantes pelos profissionais que foram selecionados inicialmente.

Para o cálculo do número de juízes, a seguinte fórmula foi utilizada: $n = (Z_{1-\alpha/2} \times S/e)^2$ com base na estimativa do cálculo da média das avaliações (IVC) para cada elemento a ser analisado. Foi considerado nível de confiança ($Z_{1-\alpha/2}$) de 95%, desvio-padrão (S) de 0,17 e um erro amostral (e) de 0,07. Assim, a amostra totalizou 23 juízes. No entanto, o convite para

participação do estudo foi enviado, via e-mail, para 110 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais), em virtude da dificuldade encontrada, já documentada em outros estudos semelhantes, no retorno dos formulários preenchidos em tempo adequado (LOPES; SILVA, 2016). Por fim, 24 juízes responderam o instrumento de forma integral e em tempo satisfatório, compondo assim a amostra final.

O perfil desses juízes foi determinado com base na classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009). Foram considerados os seguintes critérios: experiência prática (envolve o tempo de atuação com a temática de diagnóstico de enfermagem e/ou cardiologia) e a experiência acadêmica, a qual envolveu o tempo de participação em grupo de pesquisa sobre terminologias de enfermagem e o conhecimento científico, que abrangeu os seguintes aspectos:

- Titulação do juiz (foram atribuídas notas que variaram de 0 a 3, a saber: 0- graduado; 1- especialista; 2- mestre; 3- doutor)
- Temática do trabalho de titulação na área de diagnóstico de enfermagem/cardiologia (se presente- nota 1; se ausente- nota 0;)
- Produção de trabalhos na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou cardiologia (se presente- nota 1; se ausente- nota 0;).

O nível de expertise foi calculado pela média simples das pontuações obtidas nos critérios: Tempo de prática, Tempo em grupo de pesquisa e Conhecimento científico. Este último foi estabelecido pelo somatório dos subitens Titulação, Temática do trabalho de titulação e Produção de trabalhos na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou cardiologia (Tabela 3).

Tabela 3 - Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009). Recife-PE, 2019.

Pontuação	Experiência Prática		Experiência Acadêmica		
	Tempo de prática* ⁺ (X)	Tempo Grupo de pesquisa* ⁺ (Y)	Conhecimento Científico		
			Titulação (Z ₁)	Trabalho de titulação (Z ₂)	Prod. Científica DE e/ou Cardiologia (Z ₃)
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	1-5	1-4	Especialista	Sim	Sim
2	6-10	5-7	Mestre	-	-
3	11-15	8-10	Doutor	-	-
4	16-20	11-13	-	-	-
5	21 ou mais	14-16	-	-	-

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: *em anos; ⁺Intervalos construídos a partir dos tempos de prática e grupo de pesquisa mínimo e máximo apresentados pelos juízes; DE = diagnóstico de enfermagem;

Nível de expertise = Soma dos pontos obtidos nas colunas X, Y e Z dividido por três.

Por fim, a média obtida serviu para classificar os juízes conforme os cinco extratos estabelecidos por Benner, Tanner e Chesla (2009):

1 – Novato: profissionais com conhecimento básico que não possuem experiência prévia na área que está sendo estudada; Estão incluídos nesta categoria estudantes e profissionais que acabaram de ingressar na área;

2 – Iniciante avançado: profissionais que já passaram por um quantitativo suficiente de vivências práticas, o que lhes permite inferir julgamentos com mais segurança sobre o tema discutido;

3 – Competente: profissionais que possuem experiência prática prévia, o que lhes permite maior compreensão dos dados para realizar os julgamentos;

4 – Proficiente: profissionais que possuem relevante experiência prática e teórica, o que lhes permite realizar análises críticas mais aprofundadas e complexas sobre o material estudado;

5 – Expert: profissionais que possuem maior capacidade de diferenciação e refinamento nos julgamentos. Não precisa seguir normas e protocolos como guia, realiza inferências por meio de suas intuições e conhecimento global do assunto estudado;

5.3.3 Coleta de dados

Os juízes foram convidados a participar do estudo por meio de carta-convite (APENDICE C) via e-mail, a qual continha informações sobre os pesquisadores e esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa. Ao aceitar participar do estudo, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) junto ao instrumento para a análise via e-mail, sendo estipulado o prazo de 20 dias para preenchimento, podendo este ser prorrogado por mais 20 dias. Na ocasião, foi solicitada a indicação de outros juízes.

O instrumento de coleta de dados foi dividido em duas partes e fundamentado no material utilizado por Manguiera (2014) e Diniz (2017) em estudos semelhantes (APÊNDICE E). A primeira parte abrangeu a caracterização dos juízes, com os dados de identificação e experiência, a saber: sexo, idade, cidade onde trabalha, titulação, ocupação atual, tempo de formação profissional, experiência no ensino e na assistência com as terminologias de enfermagem e/ou cardiologia, tempo de atuação e participação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem. Essas informações serviram de base para a classificação do perfil do juiz.

A segunda parte abrangeu dados referentes à validação do DE Risco de função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade, com os seguintes itens: definição conceitual do DE estudado dada pela NANDA-I e pela análise de conceito, definições conceituais e as referências empíricas dos fatores de risco, condições associadas e populações em risco elencados na etapa de análise de conceito e espaço para acréscimo ou retirada de elementos da proposta do diagnóstico, com devida justificativa.

Os juízes julgaram qual definição conceitual do DE estudado estava mais adequada, os componentes do diagnóstico quanto à relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco, bem como a clareza e precisão de suas definições conceituais e operacionais. Além disso, puderam sugerir novos elementos e novos conceitos pertinentes ao diagnóstico.

O conceito de relevância foi relacionado à capacidade dos fatores de risco, condições associadas e populações em risco de apresentarem relações de causalidade com o diagnóstico em estudo. A clareza relaciona-se à redação das definições conceituais e operacionais e verifica a capacidade do item possuir expressões simples (representar uma única ideia) e

inequívocas, ser inteligível e construído com frases curtas. A precisão foi determinada pela capacidade de cada definição apresentar-se de forma diferente entre os componentes do diagnóstico, permitindo assim a caracterização típica do mesmo (PASQUALI, 1999).

Os julgamentos realizados para a relevância, clareza e precisão foram feitos conforme escala do tipo Likert, variando em cinco níveis, sendo 1 correspondente ao menor nível de julgamento, e o 5 ao nível máximo de relevância, clareza ou precisão. O quadro 4 apresenta a descrição dessas pontuações utilizadas pelos juízes para o julgamento dos itens.

Quadro 4 - Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes para o julgamento dos itens. Recife-PE, 2019.

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

5.3.4 Organização e análise dos dados

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2016 e analisados pelo programa estatístico *R* versão 3.2.0. A análise descritiva se deu pelo cálculo de frequências absolutas e relativas, além de intervalos de confiança de 95% para variáveis categóricas. Para as variáveis quantitativas, foi testada a normalidade e calculadas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartílico).

Para analisar a validade de conteúdo dos componentes do diagnóstico Risco de função cardiovascular prejudicada, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) com base no modelo da diversidade preditiva, em que a avaliação dos juízes é ponderada por seu nível de expertise. Sendo assim, estimativas ponderadas da média e da mediana das avaliações foram calculadas e decidiu-se utilizar como estimativa do IVC a mediana ponderada devido à identificação de não normalidade na distribuição destas estimativas, verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Ressalta-se que além da estimativa da mediana do IVC também foram calculados os intervalos de confiança de 95% para cada mediana, bem como foi aplicado o teste de Wilcoxon para a mediana ponderada, tendo-se como valor de referência para a hipótese nula um $IVC \geq 0,9$. O item foi considerado válido para o diagnóstico estudado se o valor de *p* do teste de Wilcoxon fosse maior que 0,05. Nos casos em que o item apresentou $IVC < 0,9$, o mesmo foi revisado conforme as sugestões dos juízes.

5.3.5 Aspectos éticos

O estudo fundamenta-se na Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que versa sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, sendo garantido o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento se assim julgar necessário. A coleta de dados com os juízes só foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (nº parecer: 2.956.928) (ANEXO A). A participação dos mesmos foi condicionada à assinatura do TCLE, com dispensa da assinatura apenas das testemunhas, em virtude da coleta ser via correio eletrônico (APENDICE D).

5.4 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

5.4.1 Caracterização dos juízes

Foram convidados 110 profissionais de saúde para participarem como juízes, entretanto, apenas 24 concordaram em participar do estudo e responderam o material em tempo adequado. A Tabela 4, descrita a seguir, apresenta a caracterização dos 24 juízes que compuseram a amostra final.

Tabela 4 - Caracterização dos juízes participantes da etapa de análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	21	87,5
Masculino	3	12,5
Profissão		
Enfermeiro	23	95,8
Fisioterapeuta	1	4,2
Região de trabalho		
Nordeste	17	70,8
Sudeste	6	25,0
Sul	1	4,2
Titulação		
Especialização	7	29,2
Mestrado	11	45,8
Doutorado	6	25,0
Ocupação atual		
Docente	10	41,7
Assistencial	7	29,2
Pós-graduando	5	20,8
Docente, assistencial e pós-graduando	1	4,2
Docente e assistencial	1	4,2
Uso do DE na prática		
Assistência	7	29,2
Ensino	5	20,8
Ambos	12	50,0
Atividade profissional dos últimos 12 meses		
Hospital	6	25,0
Instituição de ensino	12	50,0
Unidade Básica de Saúde (UBS)	1	4,2
Hospital e instituição de ensino	3	12,5
Hospital, instituição de ensino e UBS	1	4,2
Instituição de ensino e UBS	1	4,2

Tabela 4 - Caracterização dos juízes participantes da etapa de análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019. (Continuação)

Variável	N	%
Ensino		
Disciplinas com o tema DE ⁺	5	20,8
Disciplinas com o tema do DE RFCP ⁺⁺	2	8,4
Ambas	12	50,0
Não ministraram	5	20,8
Nível de expertise		
Novato	4	16,7
Iniciante avançado	10	41,7
Competente	7	29,2
Proficiente	2	8,3
Expert	1	4,2

Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
Idade	32,00	6,50	30,00	8	0,001
Tempo experiência profissional	7,83	5,45	5,50	6	0,002
Tempo experiência cardiologia	5,13	6,23	2,50	7	<0,001
Tempo experiência com DE	6,17	4,36	5,00	6	0,004
Tempo grupo de pesquisa	2,92	4,22	0,00	4	<0,001

Fonte: elaborado pela autora. *Teste Shapiro-Wilk; DP- Desvio Padrão; IIQ- Intervalo Interquartilico; ⁺DE- Diagnóstico de Enfermagem; ⁺⁺RFCP- Risco de função cardiovascular prejudicada

De acordo com os dados apresentados na tabela 4, a maioria dos juízes que compuseram a amostra final eram do sexo feminino (87,5%), enfermeiros (95,8%), trabalham na região nordeste do Brasil (70,8%), possuem titulação máxima no nível mestrado (45,8%), atualmente possuem a ocupação de docente (41,7%) e desenvolveram suas atividades profissionais nos últimos 12 meses em instituições de ensino (50%).

Em relação ao uso do DE na prática profissional, 50% dos profissionais afirmaram utilizar tanto na assistência quanto no ensino. Quando questionados se já ministraram disciplinas relacionadas com a temática de diagnóstico de enfermagem e com temática do DE RFCP, 50,0% afirmaram já ter ministrado ambas e 20,8% não ministraram nenhuma das duas. Sobre o nível de expertise, cerca de 70% dos juízes foram classificados nos níveis iniciante avançado e competente, conforme a classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009) anteriormente apresentada.

Em relação às variáveis quantitativas, foi constatado que todas não aderiram à distribuição normal ($p < 0,05$), sendo por este motivo, adotado os valores de mediana como referência. Assim, a mediana de 30 anos ($IIQ \pm 8$) correspondeu à idade dos juízes. Sobre os tempos de experiência profissional, experiência na área de cardiologia e experiência com o

uso do DE, as medianas de cinco anos e meio (IIQ \pm 6), dois anos e meio (IIQ \pm 7) e cinco anos (IIQ \pm 6), respectivamente, foram representativas da amostra. A mediana do tempo de grupo de pesquisa foi de 0 (IIQ \pm 4), sendo que mais da metade (54,2%) dos juízes afirmaram não ter participado de grupo de pesquisa (dado não apresentado na tabela), o que corrobora esse achado.

5.4.2 Definição do DE Risco de função cardiovascular prejudicada

Após análise de conceito, foi construída uma nova definição para o DE estudado, a qual foi apresentada aos juízes junto à definição proposta pela NANDA-I (2015), para julgamento quanto à adequação. Os resultados apresentados a seguir na tabela 5 demonstram que 70,8% dos juízes concordaram que a nova definição originada da análise conceito foi a mais adequada.

Tabela 5 - Dados referentes à escolha da adequação da definição do DE Risco de função cardiovascular prejudicada pelos juízes. Recife-PE, 2019.

Variáveis	N	%
Definição 1 (NANDA-I, 2015)	7	29,2
Definição 2 (Análise de Conceito)	17	70,8

Fonte: elaborado pela autora.

Apesar da definição da análise de conceito ter sido considerada mais adequada para a maioria dos juízes (70,8%), houve algumas sugestões de modificações para melhor compreensão, as quais estiveram relacionadas ao acréscimo dos termos “funcionalidade dos órgãos” e “causas internas e externas”. Foram realizados esses ajustes, os quais resultaram na seguinte definição final: “susceptibilidade a prejuízos no transporte de substâncias, na homeostase corporal, na remoção de resíduos metabólitos dos tecidos e na funcionalidade dos órgãos devido a causas internas/externas que podem comprometer a saúde”. O Apêndice F contém o quadro das definições propostas aos juízes e as alterações sugeridas após a análise dos itens.

5.4.3 Análise da validade de conteúdo dos fatores etiológicos da análise de conceito do DE Risco de função cardiovascular prejudicada

Na análise dos fatores etiológicos (fatores de risco, condições associadas e populações em risco) e suas definições conceituais e operacionais os valores de IVC não tiveram aderência à distribuição normal ($p < 0,05$ pelo teste de Shapiro-Wilk), portanto, utilizou-se a mediana e seu intervalo de confiança como parâmetros da validade de conteúdo dos aspectos analisados de cada item. Adicionalmente, foi realizado o teste de Wilcoxon para confirmar a hipótese nula de que o IVC é maior ou igual a 0,9 (valores de $p > 0,05$). Na Tabela 6 são apresentados os resultados da análise da validade de conteúdo da relevância dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada.

Tabela 6 - Análise da validade de conteúdo da relevância dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019.

Fatores etiológicos	Teste de Shapiro-Wilk		M	IVC		Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p		LI	LS	V	Valor p
Diabetes*	--	--	1,00	--	--	1711	1,000
Dislipidemia	0,11	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Sedentarismo	0,32	<0,001	1,00	1,00	1,00	1931	1,000
Hipertensão*	--	--	1,00	--	--	1711	1,000
Antecedentes pessoais de DCV	0,28	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000
Antecedentes familiares de DCV	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	1,000
Sobrepeso	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	1,000
Obesidade	0,28	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000
Tabagismo*	--	--	1,00	--	--	1711	1,000
Alimentação não saudável	0,52	<0,001	1,00	0,88	1,00	1081	0,969
Ansiedade	0,59	<0,001	1,00	0,87	1,00	903	0,652
Consumo de bebida alcoólica	0,55	<0,001	1,00	1,88	1,00	990	0,866
Abuso de drogas ilícitas	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000
Síndrome metabólica	0,18	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Estresse	0,47	<0,001	1,00	1,00	1,00	1176	0,996
Depressão	0,66	<0,001	0,88	0,87	1,00	780	0,273
Menopausa	0,63	<0,001	0,88	0,88	1,00	820	0,389
Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco	0,54	<0,001	0,88	0,87	1,00	780	0,273

Fonte: elaborado pela autora.

*Dados que não apresentam variabilidade.

W: Estatística do teste de normalidade; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; M: Mediana; IC: Intervalo de Confiança; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior; V: Estatística do Teste de Wilcoxon.

Todos os 18 fatores etiológicos avaliados foram considerados estatisticamente válidos. De acordo com a Tabela 6, os 15 primeiros itens tiveram mediana do IVC=1,00. O componente depressão teve mediana do IVC=0,88 (IC=0,87-1,00), a menopausa IVC=0,88 (IC=0,88-1,00) e o conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco IVC=0,88 (IC=0,87-1,00). Todavia, para todos esses itens o teste de wilcoxon teve valor $p > 0,05$, o que confirma a validade desses.

Para o fator depressão, alguns juízes questionaram a relação entre a depressão e funcionamento cardiovascular, entretanto, a literatura científica proveniente da análise de conceito e literatura adicional consultada clarificam essa associação, com referências atualizadas.

Em relação à menopausa, um juiz sugeriu a retirada desse componente com a justificativa de que essa é uma condição inicial para o aumento do colesterol e da pressão arterial, que já são fatores contemplados na proposta do diagnóstico estudado. Entretanto, optou-se por mantê-la na proposta final considerando que a relação desse componente com outros fatores corrobora a sua influência na alteração da função cardiovascular. Além disso, considera-se importante a manutenção do componente para que o mesmo seja testado em uma possível validação clínica.

Sobre o conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, um juiz sugeriu a sua retirada com a explicação de que esse componente não possui relação direta com o risco da função cardiovascular prejudicada. Decidiu-se manter o item na proposta final, pois, apesar de haver uma relação de causalidade indireta, esse componente é considerado um fator de risco modificável com ações de enfermagem, especialmente, a educação em saúde. Além disso, a modificação desse fator pode permitir também alteração de outros fatores etiológicos do DE risco de função cardiovascular prejudicada, os quais são considerados modificáveis por meio de mudanças no estilo de vida.

Na Tabela 7 são apresentados os resultados da análise da validade de conteúdo das definições conceituais dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada e na Tabela 8 são descritos os resultados da análise da validade de conteúdo das definições operacionais dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada.

Tabela 7 - Análise da validade de conteúdo das definições conceituais dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019.

Fatores etiológicos	Teste de Shapiro-Wilk		M	IVC		Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p		IC95%		V	Valor p
				LI	LS		
Diabetes							
Clareza conceitual	0,39	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	1,000
Precisão conceitual	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	1,000
Dislipidemia							
Clareza conceitual	0,46	<0,001	1,00	1,00	1,00	1176	0,996
Precisão conceitual	0,44	<0,001	1,00	1,00	1,00	1176	0,996
Sedentarismo							
Clareza conceitual	0,52	<0,001	1,00	0,87	1,00	1035	0,931
Precisão conceitual	0,52	<0,001	1,00	0,87	1,00	1035	0,931
Hipertensão							
Clareza conceitual	0,62	<0,001	0,88	0,87	1,00	666	0,064
Precisão conceitual	0,55	<0,001	0,88	0,87	1,00	703	0,111
Antecedentes pessoais de DCV							
Clareza conceitual	0,58	<0,001	1,00	0,88	1,00	946	0,771
Precisão conceitual	0,57	<0,001	1,00	0,88	1,00	990	0,866
Antecedentes familiares de DCV							
Clareza conceitual	0,52	<0,001	1,00	0,88	1,00	1081	0,969
Precisão conceitual	0,49	<0,001	1,00	1,00	1,00	1128	0,988
Sobrepeso							
Clareza conceitual	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	1,000
Precisão conceitual	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00	1225	0,999
Obesidade							
Clareza conceitual	0,48	<0,001	1,00	1,00	1,00	1128	0,988
Precisão conceitual	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000
Tabagismo							
Clareza conceitual	0,49	<0,001	1,00	1,00	1,00	1128	0,988
Precisão conceitual	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00	1225	0,999
Alimentação não saudável							
Clareza conceitual	0,41	<0,001	1,00	1,00	1,00	1275	1,000
Precisão conceitual	0,53	<0,001	1,00	0,88	1,00	990	0,866
Ansiedade							
Clareza conceitual	0,57	<0,001	1,00	0,88	1,00	946	0,771
Precisão conceitual	0,57	<0,001	1,00	0,88	1,00	946	0,771
Consumo de bebida alcoólica							
Clareza conceitual	0,67	<0,001	0,88	0,87	1,00	741	0,180
Precisão conceitual	0,62	<0,001	1,00	0,87	1,00	861	0,519
Abuso de drogas ilícitas							
Clareza conceitual	0,60	<0,001	1,00	0,88	1,00	903	0,652
Precisão conceitual	0,56	<0,001	1,00	0,88	1,00	903	0,652
Síndrome metabólica							
Clareza conceitual	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000
Precisão conceitual	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000

Tabela 7 - Análise da validade de conteúdo das definições conceituais dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019.

(Continuação)

Fatores etiológicos	Teste de Shapiro-Wilk		M	IVC		Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p		IC95%		V	Valor p
				LI	LS		
Estresse							
Clareza conceitual	0,54	<0,001	1,00	0,88	1,00	1035	0,931
Precisão conceitual	0,50	<0,001	1,00	1,00	1,00	1128	0,988
Depressão							
Clareza conceitual	0,62	<0,001	1,00	0,87	1,00	861	0,519
Precisão conceitual	0,67	<0,001	0,88	0,75	1,00	741	0,180
Menopausa							
Clareza conceitual	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00	1128	0,988
Precisão conceitual	0,47	<0,001	1,00	1,00	1,00	1128	0,988
Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco							
Clareza conceitual	0,49	<0,001	1,00	1,00	1,00	1128	0,988
Precisão conceitual	0,54	<0,001	1,00	0,88	1,00	1035	0,931

Fonte: elaborado pela autora.

W: Estatística do teste de normalidade; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; M: Mediana; IC: Intervalo de Confiança; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior; V: Estatística do Teste de Wilcoxon.

Tabela 8 - Análise da validade de conteúdo das definições operacionais dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019.

Fatores etiológicos	Teste de Shapiro-Wilk		M	IVC		V	Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p		IC95%			Valor p	
				LI	LS			
Diabetes								
Clareza operacional	0,51	<0,001	1,00	0,88	1,00	990	0,866	
Precisão operacional	0,50	<0,001	1,00	0,88	1,00	1035	0,931	
Dislipidemia								
Clareza operacional	0,43	<0,001	1,00	1,00	1,00	1225	0,999	
Precisão operacional	0,43	<0,001	1,00	1,00	1,00	1225	0,999	
Sedentarismo								
Clareza operacional	0,75	<0,001	0,87	0,75	0,88	435	0,000	
Precisão operacional	0,76	<0,001	0,75	0,75	0,87	378	0,000	
Hipertensão								
Clareza operacional	0,63	<0,001	0,88	0,87	1,00	820	0,389	
Precisão operacional	0,66	<0,001	0,88	0,75	1,00	741	0,180	
Antecedentes pessoais de DCV								
Clareza operacional	0,75	<0,001	0,87	0,75	0,88	465	0,001	
Precisão operacional	0,78	<0,001	0,87	0,75	0,88	300	0,000	
Antecedentes familiares de DCV								
Clareza operacional	0,53	<0,001	1,00	0,88	1,00	990	0,866	
Precisão operacional	0,62	<0,001	1,00	0,88	1,00	861	0,519	
Sobrepeso								
Clareza operacional	0,32	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000	
Precisão operacional	0,32	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000	
Obesidade								
Clareza operacional	0,32	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000	
Precisão operacional	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	1,000	
Tabagismo								
Clareza operacional	0,47	<0,001	1,00	1,00	1,00	1176	0,996	
Precisão operacional	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000	
Alimentação não saudável								
Clareza operacional	0,64	<0,001	0,88	0,87	1,00	741	0,180	
Precisão operacional	0,61	<0,001	0,88	0,87	1,00	820	0,389	
Ansiedade								
Clareza operacional	0,73	<0,001	0,75	0,75	0,88	561	0,010	
Precisão operacional	0,78	<0,001	0,75	0,75	0,87	378	<0,001	
Consumo de bebida alcoólica								
Clareza operacional	0,66	<0,001	0,87	0,75	1,00	703	0,112	
Precisão operacional	0,74	<0,001	0,87	0,75	0,88	561	0,010	
Abuso de drogas ilícitas								
Clareza operacional	0,75	<0,001	0,87	0,75	0,88	496	0,002	
Precisão operacional	0,75	<0,001	0,87	0,75	0,88	496	0,002	
Síndrome metabólica								
Clareza operacional	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	1,000	
Precisão operacional	0,27	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000	

Tabela 8 - Análise da validade de conteúdo das definições operacionais dos fatores etiológicos do DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Recife-PE, 2019.

(Continuação)

Fatores etiológicos	Teste de Shapiro-Wilk		IVC			Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p	M	IC95%		V	Valor p
				LI	LS		
Estresse							
Clareza operacional	0,63	<0,001	0,88	0,87	1,00	820	0,389
Precisão operacional	0,68	<0,001	0,88	0,75	1,00	703	0,112
Depressão							
Clareza operacional	0,77	<0,001	0,75	0,75	0,88	465	0,001
Precisão operacional	0,81	<0,001	0,75	0,75	0,87	351	<0,001
Menopausa							
Clareza operacional	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	1,000
Precisão operacional	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00	1275	1,000
Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco							
Clareza operacional	0,69	<0,001	0,88	0,87	1,00	666	0,065
Precisão operacional	0,69	<0,001	0,88	0,87	1,00	666	0,065

Fonte: elaborado pela autora.

W: Estatística do teste de normalidade; IVC: Índice de Validade de Conteúdo; M: Mediana; IC: Intervalo de Confiança; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior; V: Estatística do Teste de Wilcoxon.

Conforme as Tabelas 7 e 8, 24 itens tiveram mediana do IVC abaixo de 0,9, entretanto, ao considerar os intervalos de confiança, foi constatado que todos possuíam os valores de IVC dentro desses intervalos estabelecidos para cada componente individualmente. Para algumas definições operacionais (sedentarismo, antecedentes pessoais de DCV, ansiedade, consumo de bebida alcoólica, abuso de drogas ilícitas e depressão) o teste de wilcoxon apresentou valor de $p < 0,05$. Contudo, para esses itens, assim como para os que foram validados, considerou-se as recomendações de modificação dos juízes para melhorar a clareza e precisão textual (APÊNDICE F).

Em relação à clareza e precisão da definição operacional do sedentarismo, a mediana do IVC foi de 0,87 (IC= 0,75 - 0,88) e 0,75 (IC= 0,75 - 0,87), respectivamente, com teste de wilcoxon estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Os juízes consideraram que a referida definição não estava clara e precisa, pois não apresentava de forma explícita o que seria uma intensidade moderada e qual a frequência mínima de atividade física. Foram consideradas todas as sugestões e, após nova busca na literatura, foi explicitado o que seriam exercícios de intensidade moderada e qual a frequência mínima recomendada de atividade física, adequando assim a definição (APÊNDICE F).

Quanto às definições conceitual e operacional do componente hipertensão, tanto a clareza quanto a precisão de ambas foram validadas. Entretanto, os juízes sugeriram suprimir parte da definição conceitual, e, para a definição operacional, houve sugestões para inclusão do método propedêutico e materiais utilizados para mensuração da pressão, mais a descrição de que a presença do componente estará condicionada ao diagnóstico do profissional médico. Além disso, um juiz sugeriu a modificação do título para hipertensão arterial sistêmica e outro recomendou a modificação dos valores pressóricos tomados como referência, conforme as diretrizes brasileiras, visto que, os parâmetros propostos eram da diretriz americana de hipertensão. Todas as sugestões foram acatadas e realizadas as devidas modificações (APÊNDICE F).

A clareza e a precisão da definição operacional do componente antecedentes pessoais de DCV apresentaram mediana do IVC de 0,87 (IC=0,75 – 0,88), com teste de wilcoxon significativo ($p < 0,05$). Os juízes afirmaram que a definição estava incompleta e pouco precisa, sugerindo acrescentar que será considerado também o registro em prontuário médico e a listagem de quais doenças cardiovasculares serão consideradas para fins de antecedentes. Essa última alteração foi sugerida também para a definição conceitual. As sugestões foram adicionadas às novas definições conceitual e operacional (APÊNDICE F).

A definição operacional do fator alimentação não saudável foi validada quanto à clareza e precisão, porém, os juízes questionaram a forma de mensuração do componente e recomendaram que fosse realizado um score de pontuação para os elementos presentes na definição. Deveria ser determinado quantos pontos seriam necessários para a confirmação da presença do componente (alimentação não saudável). Assim, foi acatada a sugestão e reformulada a definição operacional (APÊNDICE F).

Em relação aos fatores ansiedade e estresse, a clareza e precisão de suas definições operacionais tiveram mediana do IVC inferiores a 0,9, sendo que a clareza e precisão operacional da ansiedade tiveram mediana do IVC=0,75 (IC=0,75 – 0,88; IC=0,75 – 0,87, respectivamente) e apresentaram valor p significativo pelo teste de wilcoxon ($p < 0,05$). A clareza e precisão operacional do estresse teve mediana de IVC=0,88 (IC=0,87 – 1,00; IC=0,75 – 1,00, respectivamente). Para os dois fatores, os juízes sugeriram o uso de escalas validadas para mensurar a condição e tornar a definição operacional mais adequada e precisa. Foram acatadas as sugestões, e consultada literatura adicional para inclusão dessas escalas nas definições (APÊNDICE F).

Em relação ao componente depressão, a precisão conceitual e a clareza e a precisão operacionais apresentaram medianas de IVC de 0,88 (IC=0,75 – 1,00), 0,75 (IC=0,75 – 0,88) e 0,75 (IC=0,75 – 0,87), respectivamente, sendo que apenas a clareza e a precisão operacional tiveram valor $p < 0,05$ do teste de wilcoxon. Na definição conceitual, um juiz sugeriu pequena modificação na estrutura textual para melhor entendimento, e, para a definição operacional, a sugestão foi de acrescentar que a depressão será verificada por diagnóstico médico e utilizar escala validada para mensuração da condição. Todas as sugestões foram acatadas, com reformulação das definições (APÊNDICE F).

Para o item consumo de bebida alcoólica, a clareza conceitual e a clareza e a precisão operacional tiveram mediana de IVC de 0,88 (IC=0,87 – 1,00), 0,87 (IC=0,75 – 1,00) e 0,87 (IC=0,75 – 0,88), respectivamente. Apenas a precisão operacional teve valor p do teste de wilcoxon significativo ($p < 0,05$). Os juízes sugeriram que fosse acrescentado um adjetivo ao título do fator, para tornar mais claras e precisas as suas definições. A sugestão foi de que fosse considerado o “consumo nocivo de bebida alcoólica” e que a definição operacional utilizasse escala validada para mensurar esse consumo. Assim, tais modificações foram realizadas, o que levou conseqüentemente a mudanças na definição conceitual (APÊNDICE F).

Para o item abuso de drogas ilícitas, a mediana do IVC da clareza e precisão da definição operacional foi de 0,87 (IC=0,75 – 0,88), com p valor do teste de wilcoxon estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Foi sugerido pelos juízes que o título do fator fosse modificado para “consumo de drogas ilícitas”, com a justificativa de que não apenas o abuso de dessas substâncias pode alterar o funcionamento cardiovascular, mas também outros padrões de uso. Para a definição operacional foi recomendado que fosse utilizado um instrumento validado para mensuração do item. As sugestões foram acatadas e outras modificações necessárias foram realizadas nas definições devido à mudança do título (APÊNDICE F).

Outro componente que, apesar de validado, necessitou de modificação do título, foi o conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco. Acredita-se que faltou uma palavra caracterizadora do título do componente, conforme sugeriram vários juízes. As sugestões foram de modificação do título para “conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco cardiovascular”. Para a definição operacional, os juízes sugeriram que deveria ser alterada a forma de mensuração do conhecimento com a criação de uma pergunta e estabelecimento de pontuação para as respostas, sendo estabelecido ponto de corte para a

confirmação da presença do fator. Foram realizadas essas alterações e mais algumas outras também na definição conceitual, para melhor adequação ao novo título (APÊNDICE F).

Para as definições operacionais dos itens diabetes, dislipidemia e síndrome metabólica, apesar de validadas, foi considerada a sugestão dos juízes de acréscimo no texto de que será considerado também o diagnóstico médico relatado em prontuário para confirmação da presença do fator (APÊNDICE F).

Três juízes sugeriram a modificação da classificação da dislipidemia para condição associada, em vez de fator de risco, visto que essa é uma condição em que a enfermagem possui sua conduta terapêutica em conjunto com a profissão médica. Inicialmente a mesma foi classificada como fator de risco pensando nos casos iniciais de dislipidemia, em que não é necessária a utilização de medicações e somente orientações e estímulo para mudanças de estilo de vida. Entretanto, optou-se por acatar a sugestão de mudança proposta pelos juízes, visto que a dislipidemia é um diagnóstico médico, e, na maioria dos casos, é tratada conjuntamente por meio de intervenções médicas e de enfermagem.

Para o item antecedentes familiares de DCV, as sugestões dos juízes foram considerar também o registro em prontuário médico para fins de mensuração do item na definição operacional e acrescentar a lista de doenças cardiovasculares que serão consideradas nas definições conceitual e operacional. Além disso, foi sugerido por um juiz a retirada do termo “prematura” da definição operacional com a justificativa de que esse termo poderia ser um fator limitante da definição, pois leva a desconsiderar qualquer idade para a identificação de familiares cardiopatas. Foram acatadas todas as modificações e apresentadas as novas definições (APÊNDICE F).

Em relação aos itens sobrepeso e obesidade, foram realizadas nas definições operacionais algumas pequenas modificações no texto, sugeridas pelos juízes, para melhor clareza e precisão na forma de mensuração, bem como foi acrescentada a medição da circunferência abdominal para a classificação de obesidade, conforme sugerido por um juiz. Todas as modificações realizadas estão apresentadas no apêndice F.

Para o fator tabagismo, os juízes sugeriram pequenas modificações no texto da definição conceitual para fins de melhor compreensão do item. Na definição operacional, um juiz sugeriu a mudança do padrão de mensuração do tabagismo recomendando a adoção de outra referência para melhor clareza e precisão. Essa sugestão foi acatada com a realização das modificações necessárias (APÊNDICE F).

Para o componente menopausa, alguns juízes sugeriram a realização de modificações nas suas definições, no intuito de deixar mais clara a relação dessa com o prejuízo da função cardiovascular. Assim, foram realizadas as seguintes alterações nas definições conceitual e operacional: retirada da idade e esclarecimento da relação entre menopausa e risco cardiovascular (APÊNDICE F).

A despeito do acréscimo de fatores etiológicos, alguns juízes sugeriram a inclusão dos seguintes fatores: emoções fortes, padrão de sono prejudicado, idade, distúrbios renais, respiratórios, hematológicos, doenças inflamatórias, doenças autoimunes e terapia de reposição hormonal.

5.5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

5.5.1 Perfil dos juízes avaliadores do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada

O processo de validação de conteúdo é fundamentado pela opinião de juízes com experiência em determinada temática e, por isso, deve ter critérios de seleção desses bem estabelecidos e consolidados, com vistas à obtenção de julgamentos coerentes. Assim, faz-se necessário o estabelecimento do perfil dos juízes no intuito de garantir a fidedignidade dos resultados encontrados (GALDEANO, ROSSI; 2006).

Destaca-se a participação de grande maioria de profissionais enfermeiros (95,8%). Diferentemente da maioria dos estudos de validação de conteúdo de DE, que convida apenas enfermeiros para participarem como juízes (DINIZ, 2017; FERREIRA, 2017; MOREIRA et al., 2014; POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014), neste estudo foram convidados outros profissionais da saúde (médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais). Considerou-se que o domínio desses na área de cardiologia, poderia agregar conhecimentos e gerar boas inferências sobre as relações de causalidade entre os fatores etiológicos e o DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Todavia, houve pouca aceitação especialmente por parte de profissionais de outras áreas da saúde, com a justificativa de baixo domínio em relação à temática de diagnósticos de enfermagem. A tentativa de inclusão de outros profissionais da saúde como juízes ainda é incipiente nas pesquisas de validação de DE, devendo ser

encorajada em outros estudos por considerar que a participação desses tem potencial para o desenvolvimento de resultados ampliados, sob um olhar integrado da equipe multiprofissional de saúde.

Sobre a região de trabalho dos juízes, a maioria foi da região nordeste (70,8%), seguido do sudeste (25%). Estudos realizados nos últimos cinco anos também tiveram maior predominância da região nordeste (MANGUEIRA, 2014; SOUZA, 2017), contrapondo-se às pesquisas realizadas em anos anteriores a 2014, que demonstram a região sudeste como predominante, em relação à região de trabalho dos juízes (CHAVES, 2008; SOUZA, 2011). Esses achados demonstram que inicialmente o sudeste teve a maior concentração de centros que realizam pesquisas com diagnósticos de enfermagem, entretanto, vem sendo crescente o interesse de vários centros localizados na região nordeste em desenvolver estudos relacionados com as terminologias de enfermagem (SOUZA, 2017).

Em relação à titulação dos juízes, observou-se que 45,8% possuíam título de mestre. De uma forma geral, os estudos de validação com terminologias de enfermagem apresentam resultados diversificados em relação aos níveis de titulação dos juízes. Em alguns estudos verificou-se que a titulação mais frequente foi de mestre (PASCOAL, 2015; FERREIRA, 2017), em outros, foi de doutores (MOREIRA et al., 2014; DINIZ, 2017). Acredita-se que esses níveis de titulação contribuem para aumentar o conhecimento científico dos juízes, além de favorecer a realização de julgamentos mais refinados e conseqüentemente resultados mais fidedignos (MOREIRA et al., 2014).

Outra questão importante para um bom julgamento quanto aos aspectos relacionados a um diagnóstico de enfermagem são as experiências prática e teórica dos juízes. Esta pesquisa constatou que a maioria dos participantes trabalhavam como docentes (41,7%), seguidos daqueles que trabalhavam em atividades ligadas a assistência (29,2%). Em contrapartida, outros estudos encontraram que a maioria dos peritos atuava simultaneamente no ensino e na assistência (SOUZA, 2011; SOUZA, 2017).

A experiência simultânea em mais de um campo de atuação pode favorecer uma ampliação dos conhecimentos que serão utilizados para o julgamento do instrumento (SOUZA, 2017). Corroborando este fato, tem-se que em relação ao uso do DE na prática profissional, metade dos juízes afirmaram utilizar simultaneamente na assistência e no ensino. Esse achado eleva o domínio desses juízes em relação a temática de diagnósticos de enfermagem e favorece a realização de julgamentos robustos.

Os tempos de experiência prática tanto na área de diagnóstico de enfermagem, quanto na área de cardiologia, que foi a temática do diagnóstico estudado, também são de grande relevância e estão diretamente relacionados com a capacidade de inferências dos juízes. No presente estudo, obteve-se a mediana de cinco anos de experiência com DE e dois anos e meio com a cardiologia. Ressalta-se que não existe uma concordância entre os pesquisadores quanto ao tempo mínimo de experiência necessário para que o juiz seja um bom avaliador. Alguns estudiosos estabelecem o tempo de experiência mínimo de dois anos de prática (SIMMONS et al., 2003), outros autores sugerem um tempo mínimo de cinco anos de experiência clínica para garantir um perfil de um bom juiz (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Dessa forma, os tempos de experiência prática com diagnóstico de enfermagem e com a área de cardiologia encontrados nesse estudo estão dentro das recomendações dos estudiosos sobre validação de conteúdo.

Em relação à experiência com pesquisas, observou-se que um pouco mais da metade (54,2%) dos juízes declararam não ter participado de grupos de pesquisa relacionados às terminologias de enfermagem. Em contrapartida, apenas um juiz afirmou não desenvolver ou ter desenvolvido estudos (artigos, monografias, dissertações, teses, capítulos de livro) na área das terminologias de enfermagem e/ou na área de cardiologia. Infere-se dessa forma, que a maioria dos juízes que participou dessa pesquisa tinha experiência com pesquisas relacionadas na área das terminologias de enfermagem, mais uma característica relevante que pode interferir nos julgamentos realizados.

A avaliação do perfil dos juízes oportunizou identificar o nível de expertise desses segundo a classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), que leva em consideração tanto a experiência prática quanto a acadêmica. Neste estudo teve predominância de níveis de expertise intermediários, como o iniciante avançado e o competente, os quais englobam profissionais que já possuem experiência prática considerável, o que lhes permite maior compreensão dos dados para realizar os julgamentos (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009). Ressalta-se que outros estudos de validação de conteúdo de DE também apresentaram esses níveis de expertises como os mais frequentes entre os juízes do estudo (FERREIRA, 2017; SOUZA, 2017).

A abordagem da “sabedoria coletiva” explica que a opinião de um conjunto de pessoas com experiências diversas possui melhores estimativas do que julgamentos isolados ou individuais, mesmo que esses tenham sido realizados por pessoas com elevada expertise (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016). Assim, ratifica-se a fidedignidade dos resultados, mesmo

considerando que os juízes com alto nível de expertise não foram os mais frequentes nesse estudo.

5.5.2 Análise da definição do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada

O julgamento realizado pelos juízes sobre a definição do DE analisado evidenciou que a definição construída após análise de conceito apresentava-se mais consistente para o título diagnóstico em estudo, em comparação com a definição proposta pela NANDA-I (2015). Considera-se que ao trazer o termo “função cardiovascular” no título como foco do DE, a sua definição deveria apresentar de forma clara essa conceituação, o que não ocorria na definição proposta pela NANDA-I (2015), e foi possível modificar após análise de conceito.

A definição de um DE deve ser clara, precisa e delinear o seu significado com vistas à minimização de dúvidas em relação aos diagnósticos similares e, conseqüentemente, à redução de erros durante o processo de inferência diagnóstica realizado pelos enfermeiros (NANDA-I, 2018). Dessa forma, quanto mais clara a definição de um DE, maiores as chances dos enfermeiros realizarem julgamentos clínicos consistentes com diagnósticos acurados e planejarem as intervenções de enfermagem com maior segurança e probabilidade de sucesso (POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014).

As sugestões de modificação dos peritos para a definição do DE estudado foram relacionadas ao fato de que o risco de função cardiovascular prejudicada representa uma condição clínica intrinsecamente relacionada à presença de fatores de risco. Assim, houve a sugestão de acrescentar na definição o termo “causas internas/externas”, para que os fatores de risco sejam representados já na definição diagnóstica. Da mesma forma, os juízes sugeriram o acréscimo também do termo “funcionalidade dos órgãos” no sentido de fazer referência à ligação do coração com os demais órgãos do corpo humano. Diante de tais alterações, considera-se que a definição final ficou mais representativa do fenômeno “risco de função cardiovascular prejudicada”, por considerar a clareza na conceituação dos seus termos básicos.

5.5.3 Análise da validade de conteúdo dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada

A análise de conteúdo demonstrou que todos os fatores etiológicos foram considerados válidos estatisticamente. Todavia, alguns juízes manifestaram dúvidas sobre a relação de causalidade entre três fatores etiológicos (depressão, menopausa e conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco) e o DE Risco de função cardiovascular prejudicada.

Para a depressão, um juiz questionou a relação entre a mesma e o risco cardiovascular, com a justificativa de que essa relação ainda não está bem estabelecida na literatura. Entretanto, de acordo com a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, a depressão é considerada um fator de risco psicossocial para as DCV já que possui relação nociva com essas patologias, apresentando-se ora como fator de risco, ora como consequência (BRASIL, 2013).

Estudos demonstram que os sintomas clínicos da depressão tem relação com o aumento da incidência e recorrência de eventos cardiovasculares (NASSER et al., 2016; MOLINA et al., 2016). Pessoas com diagnóstico de depressão em idades jovens tem maior chance de morbimortalidade por doenças cardíacas, do que aquelas sem depressão, independentemente de fatores de risco tradicionais. Em contrapartida, entre os indivíduos com doença cardiovascular estabelecida, a depressão associa-se com a recorrência de eventos cardíacos e com a mortalidade (CELANO; HUFFMAN, 2011).

Especialmente para as pessoas privadas de liberdade, que são consideradas populações que vivenciam estresse crônico, acredita-se que devido ao impacto do aprisionamento nas esferas biopsicossocial da vida dessas pessoas (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016), há uma maior probabilidade de adoecimento mental e aparecimento de doenças como a ansiedade e a depressão (BRASIL, 2013). Considera-se que este fator etiológico possui grande relevância não apenas no cenário da privação de liberdade, mas para a população de forma geral. Além disso, conforme a nova classificação da NANDA-I, o mesmo foi categorizado e validado como uma condição associada, situação em que os enfermeiros possuem sua conduta terapêutica junto a de outras profissões. Considera-se ainda, que uma possível validação clínica poderia elucidar a relação entre a depressão e o prejuízo da função cardiovascular.

Outro componente que teve a sugestão de um juiz para ser retirado foi a menopausa. A justificativa foi de ausência de relação direta desse com a função cardiovascular prejudicada. Afirmou-se que a relação estabelecida entre ambos seria apenas indireta, pelo favorecimento de manifestação de outros fatores de risco.

Estudo realizado recentemente com mulheres no período do climatério sugeriu que o estado menopausal pode indicar risco cardiovascular independente (MELO et al., 2018). No período da menopausa ocorre um processo de transição gradual de mudanças fisiológicas, provavelmente devido à redução dos níveis do estrogênio, o que resulta em efeitos diretos sobre a vasculatura arterial (MAAS et al., 2011), os níveis de lipídeos e a pressão arterial, favorecendo o desenvolvimento da placa ateromatosa nos vasos, a elevação de triglicérides e colesterol, o aumento de peso e a elevação da pressão arterial nas mulheres (MELO et al., 2018).

Todas essas alterações são condições importantes para a gênese das doenças cardiovasculares. Ressalta-se que devido as alterações vasculares ocasionadas pela menopausa (MAAS et al., 2010; MELO et al., 2018), não se considera que seja estabelecida uma relação indireta com a função cardiovascular e sim, direta. Além disso, outros fatores etiológicos que foram validados pelos juízes, como a alimentação não saudável e o sedentarismo, por exemplo, atuam de forma indireta sobre a função cardiovascular, favorecendo o aparecimento de outras condições. Dessa forma, justifica-se a importância de manter a menopausa na proposta final do DE Risco de função cardiovascular prejudicada.

Em relação ao conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, a maioria dos juízes recomendou a modificação do título do fator, de forma a torná-lo mais claro e evidenciar assim a relação de causalidade com o risco de função cardiovascular prejudicada. A sugestão foi de modificação do título para “conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco cardiovascular”.

O nível de conhecimento dos indivíduos sobre os fatores de risco cardiovascular pode ter relação direta com o seu comportamento em relação à saúde. Indivíduos com baixo nível de conhecimento e conscientização sobre os fatores que levam ao adoecimento cardiovascular dificilmente terão hábitos de vida saudáveis, condizentes com a manutenção de uma boa saúde cardiovascular. Destaca-se a importância do conhecimento dos indivíduos em relação aos fatores de risco que levam às DCV, uma vez que evidências demonstram que para que haja uma mudança de comportamento em relação aos cuidados com a saúde, é necessário

primeiramente que os fatores de risco para adoecimento cardiovascular sejam conhecidos, bem como as consequências que a exposição a esses fatores pode acarretar (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Uma forma de promover o conhecimento dos fatores de risco cardiovascular é a realização de intervenções educativas por enfermeiros, as quais podem também contribuir para o empoderamento, melhor gerenciamento da própria saúde e consequente mudança de comportamento dos indivíduos (GANASSIN et al., 2016). Além disso, considera-se que intervenções educativas podem surtir um efeito positivo em longo prazo nos conhecimentos adquiridos e na redução global do risco cardiovascular por afetar diretamente outros fatores de risco comportamentais (MASTRANGELO et al., 2015).

Especialmente para a população privada de liberdade feminina, mediante um cenário de baixo nível de conhecimento e acúmulo de vários fatores de risco cardiovascular modificáveis (GEITONA; MILIONI, 2016; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018), acredita-se que a realização precoce de ações de educação em saúde, voltadas à promoção de hábitos de vida, realizadas por enfermeiros, tem um potencial para aumentar os conhecimentos sobre os fatores de risco cardiovascular e gerar resultados positivos para o gerenciamento de saúde das mulheres (LUIS; ABREU; GÓMEZ, 2017).

Destaca-se que alguns outros fatores etiológicos precisaram ter seus títulos alterados, conforme sugestões dos juízes, para melhor representatividade do fenômeno estudado e, conseqüentemente, da relação causalidade com o risco de função cardiovascular prejudicada. Dentre esses fatores, tem-se o consumo de bebida alcoólica e o abuso de drogas ilícitas.

Para o item consumo de bebida alcoólica, foi sugerido por alguns juízes que haveria a necessidade de apresentar no título qual a intensidade de consumo para que a pessoa esteja em risco de ter prejuízos na função cardiovascular. O título foi alterado para: “consumo nocivo de bebida alcoólica”, o qual se refere a um padrão de beber disfuncional ou mal-adaptativo que pode ocasionar problemas interpessoais, legais, psicológicos e de saúde associados ao padrão de consumo, em período igual ou maior a um ano (DIEHI; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Para a OMS, o uso nocivo (ou uso prejudicial) refere-se a um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. O uso nocivo corresponde ao abuso de substâncias em outros sistemas de diagnósticos (WHO, 1994) e está associado às pessoas que consomem álcool em quantidade e frequência acima

dos padrões de baixo risco e já apresentam problemas decorrentes do uso de álcool (WHO, 1992).

Os efeitos do etanol sobre a saúde dependem da quantidade de álcool consumida e do padrão de ingestão (WHO, 2018b). O consumo leve a moderado (menos de três doses diárias) de algumas bebidas alcoólicas pode trazer efeitos favoráveis para a saúde cardiovascular. Entretanto, o consumo elevado (três ou mais doses diárias), que equivale ao uso nocivo, tem sido associado com a maior probabilidade de eventos cardiovasculares (KRENZ; KORTHUIS, 2012). Especificamente para algumas patologias cardiovasculares como a DAC e o AVC, o consumo leve a moderado de álcool tem mostrado efeito protetor. Contudo, o consumo elevado de álcool está associado a alterações cardiovasculares e ao aparecimento de doenças como a hipertensão, cardiomiopatia alcoólica, DAC e AVC (KLATSKY, 2015).

A OMS afirma que existe uma relação causal entre o uso nocivo de álcool e doenças crônicas. De todas as mortes atribuíveis ao álcool, 19% estão relacionadas a doenças cardiovasculares, como acidente vascular encefálico hemorrágico, doença cardíaca hipertensiva, isquêmica e cardiomiopatias. O consumo nocivo de álcool foi associado ainda com maior risco de desenvolvimento de arritmias cardíacas, como fibrilação e flutter atrial (WHO, 2018b).

É preciso considerar também as diferenças biológicas específicas entre homens e mulheres em relação aos efeitos do álcool. O corpo feminino possui menor quantidade de água e maior conteúdo de lipídeos que o corpo masculino, motivo que justifica o fato da mulher apresentar maiores índices de alcoolemia que o homem, em condições equiparáveis. Ademais, existem diferenças também no metabolismo e na farmacocinética do álcool que levam as mulheres a manifestarem maior vulnerabilidade aos efeitos do etanol. Essa vulnerabilidade coloca as mulheres em situação de maior risco de problemas de saúde relacionados ao uso de etanol (HOLMILA; RAITASALO, 2005).

Em relação ao item abuso de drogas ilícitas, alguns juízes sugeriram a modificação do título para “consumo de drogas ilícitas”, visto que, consideraram que dessa forma ficaria mais representativa a relação de causalidade desse fator com o fenômeno estudado. Ao colocar o termo “consumo” infere-se que qualquer tipo de uso (incluindo o uso experimental, recreativo, abuso e dependência) será considerado, e não apenas o abuso, de qualquer substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei será considerado (WHO, 1994).

O consumo de drogas ilícitas tem potencial para promover alterações no sistema cardiovascular, as quais dependem do tipo de droga. Dentre as principais alterações cardiovasculares tem-se o infarto agudo do miocárdio, as arritmias, a dissecção aórtica e a morte súbita cardíaca (ANSELMINO; MATTA; GAITA, 2014). As principais drogas ilícitas associadas a eventos cardiovasculares maiores e outras comorbidades, são a cocaína, anfetaminas, ecstasy, heroína, dietilamida do ácido lisérgico (LSD) e maconha (SCALA, 2014).

As mulheres privadas de liberdade são uma população com altos índices de relatos de consumo de drogas ilícitas. Estudo realizado no México com mulheres e homens privados de liberdade obteve que 59,1% das mulheres relataram uso de drogas antes ou durante a prisão (BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015). Em consonância, estudo realizado nos EUA referiu que 81% das mulheres privadas de liberdade relataram um consumo de drogas ilícitas nos três meses anteriores ao encarceramento. Além disso, 49% das mulheres referiram um ou mais episódios de compulsão de beber (mais de quatro bebidas por vez) (DRACH et al., 2016). Esses hábitos colocam essas mulheres em risco não apenas de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mas também de outras doenças crônicas (WHO, 2018b).

As definições operacionais dos itens ansiedade, depressão, consumo de bebida alcoólica e abuso de drogas ilícitas não foram validadas. Entretanto, destacam-se as sugestões dos juízes de utilização de escalas validadas para mensuração de cada elemento, as quais foram acatadas. Uma larga variedade de testes e escalas padronizadas tem sido produzidos e utilizados na área da saúde, em especial por enfermeiros (FEITOSA et al., 2014). Esses instrumentos validados auxiliam na aferição de fenômenos subjetivos, físico-psíquico e espirituais, direcionando o examinador e a equipe assistencial. Dentre as vantagens da utilização desses instrumentos, estão a capacidade de uniformização de condutas, organização da comunicação entre a equipe de saúde e maior acurácia no desenvolvimento de pesquisas clínicas (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Um fator que teve suas definições validadas, mas com sugestões de modificação, foi a hipertensão arterial. Alguns juízes manifestaram dúvidas especialmente em relação aos valores pressóricos propostos nas definições conceitual e operacional (≥ 130 para a pressão sistólica e/ou 80 mmHg para a pressão diastólica), os quais seguiram as recomendações das diretrizes da *American Heart Association* - AHA (2018). Entretanto, destaca-se que os valores pressóricos adotados pela Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016), são, ≥ 140 mmHg, para a pressão sistólica e/ou ≥ 90 mmHg, para a pressão diastólica.

Percebe-se que os parâmetros pressóricos estabelecidos pela AHA para o diagnóstico de hipertensão possuem pontos de corte mais baixos, em comparação com as recomendações brasileiras. Os formuladores da diretriz americana defendem que o objetivo é de favorecer a antecipação do tratamento medicamentoso, estimular medidas precoces de prevenção e aumentar as taxas de controle da doença (AHA, 2018). Todavia, como essa mudança não foi adotada ainda no Brasil, optou-se por reformular as definições com adoção dos valores estabelecidos para a população brasileira.

Um item validado que merece destaque devido a sugestões de modificação da sua definição operacional, foi a obesidade. Um juiz sugeriu inclusão da mensuração da circunferência de abdominal para a definição operacional. Decidiu-se acatar a sugestão, pois, de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade, o ideal é que o IMC seja utilizado em conjunto com outras formas de determinação de gordura corporal, já que, apesar de ser considerado bom indicador de obesidade, não é totalmente correlacionado com a gordura corporal. Dessa forma, a mensuração da distribuição de gordura é relevante na avaliação de obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença cardiovascular, independentemente da gordura corporal total. Assim, a associação da medida da circunferência abdominal com o IMC pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas (ABESO, 2016).

A despeito do acréscimo de fatores etiológicos, os juízes recomendaram a inclusão de outros itens, a saber: emoções fortes, padrão de sono prejudicado, idade, distúrbios renais, respiratórios, hematológicos, doenças inflamatórias, doenças autoimunes e terapia de reposição hormonal.

Acredita-se que o componente emoções fortes estaria já inserido no fator de risco ansiedade, já que em situações de emoções fortes, o organismo desencadeia as mesmas sintomatologias da ansiedade (COHEN; EDMONDSON; KRONISH, 2015).

Para o fator padrão de sono prejudicado, alguns estudos tem testado associações entre a duração do sono e a prevalência de eventos cardiovasculares (CAPPuccio et al., 2011; HAMER; BATTY; KIVIMAKI, 2012; AGGARWAL et al., 2013). Foi constatado que a duração do sono menor que seis horas por noite ou maior que oito horas por noite estiveram relacionadas a maior ocorrência de AVC, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), DAC e angina (AGGARWAL et al., 2013).

Ressalta-se que o padrão de sono prejudicado não foi encontrado na análise de conceito como fator que tem potencial para alterar o funcionamento cardiovascular das mulheres privadas de liberdade. Entretanto, foi evidenciado como um diagnóstico de enfermagem altamente presente em mulheres privadas de liberdade de um estudo realizado em 2016. As mulheres presas possuíam relatos de insônia e dificuldade para conciliar o sono. A alteração do sono ocorria pela exposição a alguns fatores intrínsecos da instituição prisional como a precária acomodação nas celas, colchões insuficientes e inadequados, excesso de ruídos e difícil acesso às medicações ansiolíticas. Além disso, observou-se que as angústias e apreensões pessoais decorrentes do aprisionamento também foram consideradas como perturbadoras do sono nas mulheres (FERREIRA et al., 2016).

O componente idade foi originalmente apresentado como fator de risco do DE Risco de função cardiovascular prejudicada pela NANDA-I (2015), mas não foi encontrado na análise de conceito deste estudo, talvez porque a população estudada, que são as mulheres privadas de liberdade, seja constituída de pessoas relativamente jovens, o que justifica tal achado. Entretanto, sabe-se que o envelhecimento promove alterações cardiocirculatórias fisiológicas, as quais aumentam a suscetibilidade para prejuízos na função cardiovascular (WHT, 2017). A idade maior ou igual a 65 anos foi associada a uma maior frequência de doenças cardiovasculares (D'AGOSTINO et al., 2001; CONROY et al., 2003).

Em relação aos distúrbios renais, respiratórios, hematológicos, doenças inflamatórias e doenças autoimunes, destaca-se que nenhum deles foi evidenciado nas mulheres privadas de liberdade. Ademais, considera-se importante realizar algumas reflexões das relações desses fatores com a doença cardiovascular.

As doenças renais podem causar repercussões no funcionamento cardiovascular. Dentre essas doenças, destaca-se a renal crônica, que é considerada um importante fator de risco para DCV e morte (PARQUE et al., 2017). A insuficiência renal crônica frequentemente coexiste com a Insuficiência Cardíaca (IC), síndrome complexa em que o coração é incapaz de bombear o sangue de forma a atender às necessidades metabólicas do organismo. Essas patologias apresentam relação de causalidade em via dupla, compartilham diversos fatores de risco e interagem piorando o prognóstico de ambas as condições (ROHDE et al., 2018).

Sobre as condições respiratórias, sabe-se que as mesmas podem ser responsáveis por alterações no funcionamento cardiovascular produzindo o que se conhece por “cor pulmonale”, que é a doença cardíaca caracterizada por alteração da estrutura e/ou funcionamento do ventrículo direito, devido à hipertensão pulmonar, decorrente de doenças

que afetam os pulmões e/ou vasculatura pulmonar. Dentre essas doenças, cita-se a doença pulmonar obstrutiva crônica como uma das principais causas de cor pulmonale (GÓMEZ-DOBLAS et al., 2005).

Em relação aos distúrbios hematológicos, não foi encontrado estudo que demonstre uma relação de causalidade desses com as doenças cardiovasculares. Entretanto, sabe-se que dentre esses distúrbios, especificamente a anemia tem sido associada a piores prognósticos de pacientes com IC. Além disso, a anemia está presente em aproximadamente um terço dos portadores de IC (ROHDE et al., 2018).

Em relação às doenças inflamatórias, especialmente as que possuem relação com a patogênese da aterosclerose, a literatura relata associação com doença cardiovascular (MILANO et al., 2019). Os marcadores inflamatórios já estão bem estabelecidos no desenvolvimento da doença aterosclerótica e são úteis na predição do elevado risco cardiovascular entre os indivíduos de meia-idade. Vários marcadores inflamatórios como citocinas, contagem total de leucócitos, Proteína C-reativa (PCR), entre outros, podem ser utilizados, todavia, a PCR tem sido o marcador mais útil como preditor de doença aterosclerótica. Assim, destaca-se a relação de condições em que há uma ativação da cascata inflamatória com a doença coronariana (RAMOS et al., 2009).

Doenças autoimunes também podem deteriorar a função cardiovascular. O lúpus eritematoso sistêmico, por exemplo, pode alterar a função cardiovascular pelo estímulo da atividade inflamatória, que é potencializadora da doença coronariana por meio de inflamação sistêmica, disfunção endotelial e predisposição à trombose (MOCARZEL et al., 2015).

Em relação à terapia de reposição hormonal, os estudos ainda apresentam controvérsias em relação aos benefícios e prejuízos para a função cardiovascular. Estudo observacional relatou que a referida terapia reduz o risco de eventos vasculares arteriais, como AVC e DAC (GRODSTEIN et al., 1996). Em contrapartida, metanálise demonstrou que a terapia de reposição hormonal esteve associada ao aumento de DCV, AVC e doença venosa tromboembólica. Em contraste, não houve alteração nos índices de DAC (SARE; GRAY; BATH, 2008).

Outro estudo corrobora os achados da metanálise, entretanto, acrescenta que quando a terapia de reposição hormonal é realizada precocemente, na perimenopausa (50-59 anos), pode haver proteção cardiovascular, do contrário, quando ela é iniciada em idade avançada, após 10 anos sem estrógeno endógeno, pode ser prejudicial (PARDINI, 2014). Acredita-se

que pelo motivo das mulheres privadas de liberdade serem mais jovens, este fator não foi encontrado na população estudada.

Todos os fatores etiológicos foram validados quanto à relevância e a maioria classificados como fatores de risco, os quais são passíveis de modificação com ações de enfermagem. Considera-se que a validação de conteúdo permitiu melhor entendimento e ampliação dos componentes relacionados ao DE Risco de função cardiovascular prejudicada.

6 CONCLUSÃO

A análise de conceito do risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade permitiu a ampliação do entendimento da definição do fenômeno e de seus fatores etiológicos, destacando as lacunas presentes na taxonomia da NANDA-I. Além disso, favoreceu a construção de uma nova definição para o DE estudado e a identificação de 18 fatores etiológicos, dos quais, apenas nove estavam presentes na taxonomia da NANDA-I. Esses fatores etiológicos foram recategorizados em fatores de risco, condições associadas e populações em risco, conforme as novas recomendações da NANDA-I, sendo que a maioria deles foi validada como fator de risco.

Salienta-se que apesar da população utilizada na análise conceitual ser considerada específica e com inúmeras peculiaridades (mulheres privadas de liberdade), nenhum dos fatores etiológicos encontrados foram específicos para esse público, podendo ser aplicáveis para a população em geral. Destaca-se que no meio prisional os fatores de risco cardiovascular tendem a ser potencializados, por tratar-se de um ambiente insalubre, com precárias condições de saúde e alto nível de estresse. Nesse cenário, as oportunidades de modificação desses fatores são frequentemente limitadas, visto que, o desenvolvimento de ações em prol da saúde cardiovascular ainda é incipiente.

O processo de análise de conteúdo do DE Risco de função cardiovascular prejudicada com juízes contribuiu para a confirmação da inconsistência estrutural desse na proposta da NANDA-I e, conseqüentemente, para a revisão de seus elementos, permitindo a sua ampliação, pois, todos os 18 fatores etiológicos foram validados estatisticamente, a saber: diabetes, dislipidemia, sedentarismo, hipertensão arterial, antecedentes pessoais e familiares de doença cardiovascular, sobrepeso, obesidade, tabagismo, alimentação não saudável, ansiedade, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas, síndrome metabólica, estresse, depressão, menopausa e conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco. Grande parte das sugestões de modificação dos juízes foram acatadas, especialmente para as definições conceituais e operacionais, mesmo quando foram consideradas válidas, no intuito de melhorar a clareza e precisão dos itens. Ressalta-se que a maioria dos fatores etiológicos podem ser modificáveis por meio de ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros.

Sugere-se a realização de estudo de validação clínica, no intuito de confirmar os achados da análise de conteúdo e averiguar as relações de causalidade entre os fatores

etiológicos e o DE Risco de função cardiovascular prejudicada. Os resultados deste estudo serão enviados à NANDA-I, para que sejam avaliados quanto à possibilidade de retorno do diagnóstico à taxonomia, no intuito de garantir a documentação de todas as ações de enfermagem, vinculadas a esse diagnóstico, que são voltadas à minimização do risco cardiovascular.

REFERÊNCIAS

ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4ª edição. São Paulo, SP. 2016.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 33, supl 1, p. 62-9, 2010.

AGGARWAL, S.; LOOMBA, R. S.; ARORA, R. R.; MOLNAR, J. Associations Between Sleep Duration and Prevalence of Cardiovascular Events. **Clin. Cardiol.** v. 36, n. 11, p. 671–676, 2013.

ALI, R.; AWWAD, E.; BABOR, T.F.; BRADLEY, F.; BUTAU, T.; FARRELL, M. et al. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, v. 97, n. 9, p. 1183-94, 2002.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Hypertension**, v. 71, n. 6, p. 1269-1324, 2018.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Applying nursing process: a tool for critical thinking**. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 2005. 309p.

ANSELMINO, M.; MATTA, M.; GAITA, F. Drug abuse: another challenge for the cardiologist? **J Cardiovasc Med (Hagerstown)**. v. 15, n. 7, p. 525-531, 2014.

AUDI, C. A. F.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; FRANCISCO, P. M. S. B. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 112-124, 2016.

BARRETT, K. E.; BARMAN, S. M.; BOITANO, S.; BROOKS, H. L. **Ganong's Review of Medical Physiology**. 25ª edição, McGraw-Hill Education, 2016.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L. **Manual para Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA), 1979.

BÍBLIA, N. T. Filipenses. In BÍBLIA. Português. **Nova Bíblia Viva: Antigo e Novo Testamentos**. Editora Mundo Cristão. São Paulo, 2010. p. 979.

BINSWANGER, I. A.; CARSON, E. A.; KRUEGER, P. M.; MUELLER, S. R.; STEINER, J. F.; SABOL, W. J. Prison tobacco control policies and deaths from smoking in United States prisons: population based retrospective analysis. **BMJ.**, v. 349, g4542, 2014.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 341-347, 2013.

BRASIL. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, supl. 1, p. 1-28, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2008b.

BRASIL. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq bras Cardiol.**, vol. 101, n. 6, supl 2, p.359-364, dez, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 02 jan, 2014a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. **Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 16 jan, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2014c.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2017a.

BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Org. José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017b.

BRITO, B. B.; LEAL, J. D. V.; FORMIGA, L. M. F.; FROTA, K. M. G.; SILVA, A. R. V.; LIMA, L. H. O. Doenças cardiovasculares: fatores de risco em adolescentes. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016.

BASTABLE, S. B. **Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice**. 4 ed. United States of America: Copyrighted, 2010.

BAUTISTA-ARREDONDO, S. et al. A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. **PLoS ONE**, v. 10, n. 7, p. e0131718, 2015.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics**. Springer Publishing Company. 2009.

BONOTTO, G. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 293-302, 2016.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C. M. **NIC - Classificação Das Intervenções de Enfermagem**. 6ª ed., editora elsevier, 2016.

CAPPUCCIO, F. P.; COOPER, D.; D'ELIA, L.; STRAZZULLO, P.; MILLER, M. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **Eur Heart J.**, v. 32, n. 12, p.1484-1492, 2011.

CARLUCCI, E. M. S.; GOUVÊA, J. A. G.; OLIVEIRA, A. P.; SILVA, J. D.; CASSIANO, A. C. M.; BENNEMANN, R. M. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n. 4, p. 375-384, 2013.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, supl. 2, p. 20-23, 2000.

CELANO, C. M.; HUFFMAN, J. C. Depression and cardiac disease: A review. **Cardiology in review**, v. 19, n. 3, p. 130-142, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Health Interview Survey (NHIS). Adult Tobacco Use Information. **Glossary**. 2017. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco_glossary.htm. Acesso em 19/03/2019.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual***. 2008. 255f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

COHEN, B. E.; EDMONDSON, D.; KRONISH, I. M. State of the art review: depression, stress, anxiety and cardiovascular disease. **Am J Hypertens.**, v. 28, n. 11, p. 1295-1302, 2015.

COLLIN, P. H. **Michaelis Dicionário de termos médicos**. 1. ed, São Paulo: editora melhoramentos, 2007.

CONROY, R. M.; PYORALA, K.; FITZGERALD, A. P.; SANS, S.; MENOTTI, A.; DE BACKER, G., et al. Estimation of ten-year risk offatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. **Eur Heart J.**, v. 24, n. 11, p. 987-1003, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov> >. Acesso em: 10 de maio de 2018.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** Versão 1.0. São Paulo: Ordem dos Enfermeiros de Portugal; 2007.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L.W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2089-2099, 2016.

COOK, E. A.; MING, L. Y.; WHITE, B. D.; GROPPER, S. S. The Diet of Inmates: An Analysis of a 28-Day Cycle Menu Used in a Large County Jail in the State of Georgia. **J Correct Health Care**, vol. 21, n. 4, p. 390-399, 2015.

CUNNINGHAM, S. The epidemiologic basis of coronary disease prevention. **Nurs. Clin. North. Am.**, v. 27, n.1, p. 153-65, 1992.

D'AGOSTINO, R. B.; GRUNDY, S.; SULLIVAN, L. M.; WILSON, P.; CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. **JAMA**, v. 286, n. 2, p.180-187, 2001.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de informações penitenciárias 2016: INFOPEN. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, 2017. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf. Acesso em 10 mai. 2018.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN mulheres. 2ª ed., Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, 2018. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso em 10 mai, 2018.

DIEHI, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Álcool**. São Paulo: São Paulo, 2011. p. 129-144.

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.

DONAHUE, J. Coronary Artery Disease in Offender Populations: Incarceration as a Risk Factor and a Point of Intervention. **J Correct Health Care.**, v. 20, n. 4, p. 302-312, 2014.

DRACH, L. L.; MAHER, J. E.; BRAUN, M. J. F.; MURRAY, S. L.; SAZIE, E. Substance Use, Disordered Eating, and Weight Gain: Describing the Prevention and Treatment Needs of Incarcerated Women. **J Correct Health Care**, v. 22, n. 2, p. 139-145, 2016.

DUMONT, D. M.; BROCKMANN, B.; DICKMAN, S.; ALEXANDER, N.; RICH, J. D. Public Health and the Epidemic of Incarceration. **Annu Rev. Public Health**, n. 33, p. 325-339, 2012.

ELMOSELHI, A. **Cardiology: An Integrated Approach**. 1ª edição, McGraw-Hill Education, 2017.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FALUDI, A. A.; IZAR, M. C. O.; SARAIVA, J. F. K.; CHACRA, A. P. M.; BIANCO, H. T.; AFIUNE NETO, A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 2, supl.1, p. 1-76, 2017.

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

FEHRING, R. J. The Fhering Model. IN: CARROL-JOHNSON, R. M; PAQUETTE, M. (Eds). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference**. Glendale: Lippitncott, 1994.

FEITOSA, M. C.; SOARES, L. S.; BELEZA, C. M. F.; SILVA, G. R. F.; LEITE, I. R. L. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. **SANARE Revista de políticas públicas**, v. 13, n. 2, p. 92-97, 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, M. E. Síndrome metabólica e doenças cardiovasculares: do conceito ao tratamento. **Arq. Catarin Med.**, v. 45, n. 4, p. 95-109, 2016.

FERREIRA, I. F.; GUEDES, T. G.; MORAIS, S. C. R. V.; VIEIRA, J. C. M.; MELLO, M. G.; LINHARES, F. M. P. Diagnósticos de enfermagem em mulheres privadas de liberdade. **Rev Rene**. vol. 17, n. 2, p. 176-182, mar-abr 2016.

FERREIRA, G. L. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes com insuficiência cardíaca**. 2017; 72f. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

FERRETTI, F.; GRIS, A.; MATTIELLO, D.; TEO, C. R. P. A.; SÁ, C. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. **Rev. saude publica.**, v. 16, n. 6, p. 807-820, 2014.

FRAZÃO, C. M. F. Q. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz em pacientes submetidos à hemodiálise.** 2015. 166f. Tese. [Doutorado em enfermagem] – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc Cuid Saúde.** v. 5, n. 1, p.60-66. 2006.

GANASSIN; G. S.; SILVA, E. M.; PIMENTA, A. M.; MARCON, S. S. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento de homens relacionado às doenças cardiovasculares. **Acta Paul Enferm.,** v. 29, n. 1, p. 38-46, 2016.

GARCIA, M.; MULVAGH, S. L.; MERZ, C. N. B.; BURING, J. E.; MANSON, J. E. Doença Cardiovascular em Mulheres: Perspectivas Clínicas. **Circ Res.,** v. 118, n. 8, p. 1273-1293, 2016.

GARDONA, R. G. B.; BARBOSA, D. A. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. **Rev Bras Enferm.,** v. 71, n. 4, p. 1815-1816, 2018.

GATES, M. L.; BRADFORD, R. K. The Impact of Incarceration on Obesity: Are Prisoners with Chronic Diseases Becoming Overweight and Obese during Their Confinement? **J Obes.,** v. 2015, p.1-7, 2015.

GEITONA, M.; MILIONI, S. O. Health status and access to health services of female prisoners in Greece: a cross-sectional. **BMC Health Serv Res,** v. 16, p. 243, 2016.

GHADDAR, F.; SALAMEH, P.; SALEH, N.; FARHAT, F.; CHANINE, R.; LAHOUD, N.; HLEYHEL, M.; ZEIDAN, R. K. Noncardiac Lebanese hospitalized adult patients' awareness of their coronary artery disease risk factors. **Vasc Health Risk Manag.,** v. 14, p. 371-382, 2018.

GOMES, C. M.; CAPELLARI, C.; PEREIRA, D. S. G. et al. Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 69, n. 2, p. 351-359, 2016.

GÓMEZ-DOBLAS, J. J.; VELASCO, J. L.; ALARCÓN, P. L.; MONTIEL, A. T. Cor pulmonale. Etiopatogenia. Proceso diagnóstico. Criterios pronósticos. Tratamiento. **Medicine.** v. 9, p. 2873-8, 2005.

GRODSTEIN, F.; STAMPFER, M. J.; MANSON, J. E.; COLDITZ, G. A.; WILLETT, W. C.; ROSNER, B.; SPEIZER, F. E.; HENNEKENS, C. H. Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. **NEJM.,** v. 335, p. 453–461, 1996.

GUEDES, N. G. et al. Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário em pessoas com hipertensão arterial: análise conceitual. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 3, p. 742-749, 2013.

GOTTSCHALL, C. **Função cardíaca: da normalidade à insuficiência**. São Paulo: BYK, 1995.

HALL, J. E. GUYTON, A. C. **Guyton & Hall: Tratado de Fisiologia Médica**, 13ª ed., Ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2017.

HAMER, M.; BATTY, G. D.; KIVIMAKI, M. Sleep loss due to worry and future risk of cardiovascular disease and all-cause mortality: the Scottish Health Survey. **Eur J Prev Cardiol.**, v. 19, n. 6, p. 1437-1443, 2012.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

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

HERRING, N; PATERSON, D. J. **Levick's An Introduction to Cardiovascular Physiology**, 6ª edição, Ed. crc press, London, 2018.

HOLMILA; M. RAITASALO, K. Gender differences in drinking: why do they still exist?. **Addiction.**, v. 100, n. 12, p. 1763-1769, 2005.

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.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo. Um grave problema de Saúde Pública. 1ª edição. 2007.

INSTITUTE FOR CRIMINAL POLICY RESEARCH (ICPR). **World Female Imprisonment List**. Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners. 4 ed. World prison brief. [Internet]. 2017. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Atlas**. 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017.

JOHNSON, M.; MOORHEAD, S.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. **NOC - Classificação Dos Resultados de Enfermagem**. 5ª ed., editora elsevier, 2016.

JÚNIOR, J. W. A. H.; TAVARES, P. A. O.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C.; JÚNIOR, J. M. P.; ALCHIERID, J. C. O cuidado na atenção primária à saúde da população carcerária masculina no município de Caraúbas/RN. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 394-406, 2013.

KLATSKY, A. L. Alcohol and cardiovascular diseases: where do we stand today?. **J Intern Med.**, v. 278, n. 3, p. 238-250, 2015.

KRENZ, M.; KORTHUIS, R. J. Moderate Ethanol Ingestion and Cardiovascular Protection From Epidemiologic Associations to Cellular Mechanisms. **J Mol Cell Cardiol.**, v. 52, n. 1, p. 93–104, 2012.

KOEPPEN, B. M. & STANTON, B. A. **Berne & Levy: Fisiologia**, 6ª ed., Ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2009.

LAGARRIGUE, A.; AJANA, S.; CAPURON, L.; FEÂART, C.; MOISAN, M-P. Obesity in French Inmates: Gender Differences and Relationship with Mood, Eating Behavior and Physical Activity. **PLOS ONE**, v. 12, n. 1, e0170413, 2017.

LIMA, M. C. P.; KERR-CÔRREA, F.; REHM, J. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do Projeto GENACIS. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 16, n. 1, p. 49-57, 2013.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estud. psicol.**, v. 11, p. 42-49, 1994.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOPES, M. V.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **Int J Nurs Knowl.**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, Emília Campos de Carvalho.

(Org.). **PRONANDA -Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Conceitos básicos.** 1ed. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora Ltda, 2016, p. 09-51.

LUIS, N. P.; ABREU, J. G.; GÓMEZ, M. B. S. Competencias enfermeras sobre el diagnóstico riesgo de deterioro de la función cardiovascular. **Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria**, v. 10, n. 1, p. 40-51, 2017.

LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 21, n. 2, p. 82-88, 2010.

MAAS, A. H.; VAN DER SCHOUW, Y. T.; REGITZ-ZAGROSEK, V.; SWAHN, E.; APPELMAN, Y. E.; PASTERKAMP, G. et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease, **Eur Heart J.**, v. 32, n. 11, p.1362-1368, 2011.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; CUNHA VIEIRA N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACIEL, R. E. R. A Ressocialização no Sistema Carcerário. **Revista do Curso de Direito da UNIABEU**, v. 6, n. 1, p. 97-109, 2016.

MAGALHAES, F. J.; MENDONÇA, L. B. A.; REBOUÇAS, C. B. A.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. C. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 3, p. 394-400, 2014.

MAHMOOD, S. S.; LEVY, D.; VASAN, R. S.; WANG, T. J. The Framingham Heart Study and the Epidemiology of Cardiovascular Diseases: A Historical Perspective. **Lancet**, v. 383, n. 9921, p. 999-1008, 2014.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, 2016.

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

MASTRANGELO, G.; MARANGI, G.; BONTADI, D.; FADDA, E.; CEGOLON, L.; BORTOLOTTI, M. et al. A worksite intervention to reduce the cardiovascular risk: proposal of a study design easy to integrate within Italian organization of occupational health surveillance. **BMC Public Health**, v. 15, n. 12, 2015;

MCKNIGHT, J. M. Exercise considerations in hypertension, obesity, and dyslipidemia. **Clin Sports Med**, n. 22, p. 101-121, 2003.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 424-431, 2011.

MELO, J. B.; CAMPOS, R. C. A.; CARVALHO, P. C.; MEIRELES, M. F.; ANDRADE, M. V. G.; ROCHA, T. P. O. et al. Cardiovascular Risk Factors in Climacteric Women with Coronary Artery Disease. **Int J Cardiovasc Sci.**, v. 31, n. 1, p. 4-11, 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, S. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Text Context Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 04, p.758-64, out./dez. 2008.

MENDÉZ, E. B. **Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)** Dissertação. (Mestrado em Epidemiologia). 1999. 121f. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Nurses' autonomy and vulnerability in the Nursing Assistance Systematization practice. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953,958, 2011.

MILANO, S. S.; JÚNIOR, O. V. M.; BORDIN, A. A. S.; MARQUES, G. L. C-reactive Protein is a Predictor of Mortality in ST-segment Elevation Acute Myocardial Infarction. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, v. 32, n. 2, p.118-124, 2019.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, 2016.

MOCARZEL, L. O. C.; LANZIERI, P. G.; MONTES, R. A.; GISMONDI, R. A. O. C.; MESQUITA, C. T. Lúpus eritematoso sistêmico: revisão das manifestações cardiovasculares. **Int. j. cardiovasc. sci.**, v. 28, n. 3, p. 251-261, 2015.

MOLINA, D. I.; CHACÓN, J. A.; ESPARZA, A. S.; BOTERO, S. M. Depresión y riesgo cardiovascular en la mujer. **Rev Colomb Cardiol.**, v. 23, n. 3, p. 242-249, 2016.

MOHRMAN, D. E.; HELLER, L. J. **Cardiovascular Physiology**. 9ª edição, McGraw-Hill Education, 2018.

MOREIRA, R. P.; GUEDES, N. G.; LOPES, M. V. O.; CAVALCANTE, T. F.; ARAÚJO, T. L. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: Validação por especialistas. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 3, p. 547-554, 2014.

MORRÓN, M. M.; BELTRÁN, Y. H.; TRIANA, M. U. Factores de riesgo cardiovascular según género en el programa “Muévete corazón” de Barranquilla, 2011. **Archivos de Medicina (Manizales)**, v. 14, n. 1, p. 21-28, 2014.

NASSER, F. J.; ALMEIDA, M. M.; SILVA, L. S.; ALMEIDA, R. G. P. BARBIRATO, G. B.; MENDLOWICZ, M. V.; Mesquita, C. T. Psychiatric Disorders and Cardiovascular System: Heart-Brain Interaction. **Int J Cardiovasc Sci.**, v. 29, n. 1, p. 65-75, 2016.

NETO, C. F. M.; ALMEIDA, G. A.; RAMOS, B. C.; COSTA, S. K. P.; SILVA, H. P. A.; SOUSA, M. B. C. Análise da percepção da fadiga, estresse e ansiedade em trabalhadores de uma indústria de calçados. **J Bras Psiquiatr.**, v. 61, n. 3, p. 133-138, 2012.

OLIVEIRA, A. R. S.; COSTA, A. G. S.; FREITAS, J. G.; LIMA, F. E. T.; DAMASCENO, M. M. C.; ARAUJO, T. L. Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n.1, p. 113-120, 2013.

OLIVEIRA, A. M.; DURAN, E. C. M. Validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 9, supl. 8, p. 9385-92, 2015.

OLIVEIRA, R. S. O.; MARTINS, I. M. L.; SOUZA, L. P. S.; OLIVEIRA, E. M. S.; TELES, J. T.; SANTANA, J. M. F.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco associados às doenças cardiovasculares na população carcerária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 05, n. 01, p. 263-275, 2014.

OPAS. Doenças cardiovasculares. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em: 22/01/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 69-82, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1996). **Investigaciones sobre la menopausia em los años noventa** (Serie de Informes Técnicos, Vol. 866). Ginebra, 1996.

PARCIAS, S. R.; ROSARIO, B. P.; SAKAE, T.; MONTE, F.; GUIMARÃES, A. C. A.; XAVIER, A. J. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior (MDI). **J Bras Psiquiat.**, v. 60, n. 3, p. 164-169, 2011.

PARDINI, D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 52, n. 2, p. 172-181, 2014.

PARQUE, M.; HSU, C.; GO, A. S.; FELDMAN, H. I.; XIE, D.; ZHANG, X. et al. Biomarcadores de Rins na Urina e Riscos de Eventos de Doenças Cardiovasculares e Morte por Todas as Causas: O Estudo CRIC. **Clin J Am Soc Nephrol.**, v. 12, n. 5, p. 761-771, 2017.

PASCOAL, L.M. **Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas, padrão respiratório ineficaz e troca de gases prejudicada**. 2015; 131 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999.

PEREIRA, M. C.; RIBEIRO, L. Stresse, Catecolaminas e Risco Cardiovascular. **Arq Med**, v. 26, n. 6, p. 245-253, 2012.

PIEPOLI, M. F.; HOES, A. W.; AGEWALL, S.; ALBUS, C.; BROTONS, C; CATAPANA, A. L. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. **Eur Heart J.**, v. 37, n. 29, p. 2315-2381, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, utilização e avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *Náusea*. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 48, n. 1, p. 49-57, 2014.

RAMOS, A. M.; PELLANDA, L. C.; GUS, I.; PORTAL, V. L. Marcadores inflamatórios da doença cardiovascular em idosos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 92, n. 3, p. 233-240, 2009.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Text Context Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 554-62, 2010.

ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. (Eds). **Manual de prevenção cardiovascular**. 1. ed. São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

ROHDE, L. E. P.; MONTERA, M. W.; BOCCHI, E. A.; CLAUSELL, N. O.; ALBUQUERQUE, D. C.; RASSI, S. et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol.**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018.

SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. B.; DUARTE-CLÍMENTS, G. D. In: NANDA International Inc.; HERDMAN, T. H.; SILVA, V. M.; NAPOLEÃO, A. A., (Orgs.). **PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; p.101-33, 2015. (Ciclo 3).

SANTOS, A. M.; CASTRO, J. J. Stress. **Aná. Psicológica**, v. 4, n. 16, p. 675-690, 1998.

SANTOS, R. D. et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 100, n. 1, supl. 3, p. 1-40, 2013.

SANTOS, C. T.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2693, 2016.

SARE, G. M.; GRAY, L. J.; BATH, P. M. Association between hormone replacement therapy and subsequent arterial e venous vascular events: a meta-analysis. **European Heart J.**, v. 29, n. 16, p. 2031-2041, 2008.

SCALA, L. C. N. Emergências hipertensivas e uso de drogas ilícitas. **Rev Bras Hipertens.**, v. 21, n. 4, p. 194-202, 2014.

SILVERMAN-RETANA, O.; LOPEZ-RIDAURA, R.; SERVAN-MORI, E.; BAUTISTA-ARREDONDO, S.; BERTOZZI, S. M. Cross-Sectional Association between Length of Incarceration and Selected Risk Factors for Non-Communicable Chronic Diseases in Two Male Prisons of Mexico City. **PLOS ONE**, v. 10, n.9, e0138063, 2015.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana – uma abordagem integrada**, 5ª ed., Ed. Artmed, Rio Grande do Sul, 2010.

SIMMONS, B.; LANUZA, D.; FONTEYN M.; HICKS, F.; HOLM, K. Clinical Reasoning in Experienced Nurses. **West J Nurs Res.**, v. 25, n. 6, p. 701-719, 2003. SAGE Publications.

SLACK, M. K. Interpreting current physical activity guidelines and incorporating them into practice for health promotion and disease prevention. **Am. J. Health-System Pharm.**, v. 63, n. 17, p. 1647-1653, 2006.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Manual do STAI para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado**. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1970.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-106, 2010.

SOUZA, P. A. **Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica**. 2011; 131 f. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

SOUZA, N. M. G. **Padrão respiratório ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas: construção e validação por juízes de uma Teoria de médio alcance**. 2017; 165f. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

TAVASSOLI, E.; REISI, M. JAVADZADE, S. H.; GHARLIPOUR, Z.; HAMID REZA GILASI, H. R.; ASHRAFI HAFEZ, A. The effect of education on improvement of intake of fruits and vegetables aiming at preventing cardiovascular diseases. **Med J Islam Repub Irã.**, v. 29, p. 1-7, 2015.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006.

VERA-REMARTÍNEZ, E. J.; BORRAZ-FERNÁNDEZ, J. R.; DOMÍNGUEZ-ZAMORANO, J. A. *et al.* Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. **Rev. esp. sanid. penit.**, v. 16, n. 2, p. 38-47, 2014.

VERA-REMARTÍNEZ, E. J.; MONGE, R. L.; CHINESTA, S. G.; RODRÍGUEZ, D. S. A.; RAMOS, M. V. P. Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario. **Rev Esp Salud Pública**, v. 92, p. 1-12, 2018.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for Theory Construction in Nursing**, 5th Edition, Upper Saddle River: Pearson/Prentice Hall, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). New York: WHO. Geneva: World Health Organization; 1982. Disponível em: (<https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/AUDIT.pdf>)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the conduct of tobacco smoking among health professionals. Report of a WHO. Meeting Winnipeg, Canadá. 7-9 de julho, Geneva: World Health Organization; 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Geneva: World Health Organization; 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: World Health Organization; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings; Geneva: World Health Organization; 2010b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on physical activity for health.; Geneva: World Health Organization; 2010c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018b.

WORLD HEART FEDERATION. Cardiovascular disease risk factors fact sheet. 2017. Acesso em 08-01-2019. Disponível em: <https://www.world-heart-federation.org/resources/risk-factors/>

YI, S. K. M. et al. The Wisdom of the Crowd in Combinatorial Problems. **Cogn Sci.**, v. 36, n. 3, p. 452-470, 2012.

APÊNDICE A - ARTIGOS DA AMOSTRA FINAL DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Artigos da amostra final da revisão integrativa de literatura e os antecedentes do conceito “risco de função cardiovascular prejudicada”. Recife-PE, 2018.

Referência, idioma, país, base, área	Antecedentes
<p>VERA-REMARTÍNEZ, E. J.; MONGE, R. L.; CHINESTA, S. G.; RODRÍGUEZ, D. S. A.; RAMOS, M. V. P. Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario. Rev Esp Salud Pública, v. 92, p. 1-12, 2018.</p> <p>Espanhol, Espanha, MEDLINE, área médica</p> <p>Nível de evidência- VI</p>	<p>Tabagismo, dislipidemia, antecedentes pessoais e familiares de doença cardiovascular, sedentarismo, alimentação não saudável, abuso de drogas ilícitas (cocaína), hipertensão, diabetes, sobrepeso, obesidade, síndrome metabólica, fatores psicossociais (baixo nível socioeconômico, isolamento social, depressão, estresse no trabalho e/ou familiar).</p>
<p>BAI, J. R.; BEFUS, M.; MUKHERJEE, D. V.; LOWY, F. D.; LARSON, E. L. Prevalence and Predictors of Chronic Health Conditions of Inmates Newly Admitted to Maximum Security Prisons. J Correct Health Care, v. 21, n. 3, p. 255-264, 2015.</p> <p>Inglês, EUA, MEDLINE, área médica</p> <p>Nível de evidência- VI</p>	<p>Obesidade, tabagismo, abuso de drogas ilícitas (heroína, crack e cocaína), diabetes</p>
<p>BAUTISTA-ARREDONDO, S. et al. A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. PLoS ONE, v. 10, n. 7, p. e0131718, 2015.</p> <p>Inglês, México, MEDLINE, área médica</p> <p>Nível de evidência- VI</p>	<p>Hipertensão, diabetes, sobrepeso, obesidade, dislipidemia, tabagismo, abuso de drogas ilícitas (crack e cocaína), sedentarismo, depressão</p>
<p>COOK, E. A.; MING, L. Y.; WHITE, B. D.; GROPPER, S. S. The Diet of Inmates: An Analysis of a 28-Day Cycle Menu Used in a Large County Jail in the State of Georgia. J Correct Health Care, vol. 21, n. 4, p. 390-399, 2015.</p> <p>Inglês, Georgia, Scopus, área nutrição</p> <p>Nível de evidência- VI</p>	<p>Alimentação não saudável</p>
<p>LEDDY, M. A.; SCHULKIN, J.; POWER, M. L. Consequences of High Incarceration Rate and High Obesity Prevalence on the Prison System. J Correct Health Care, v. 15, n. 4, p. 318-327, 2009.</p> <p>Inglês, EUA, Scopus, área médica</p> <p>Nível de evidência- V</p>	<p>Sobrepeso e obesidade, alimentação não saudável, hipertensão, dislipidemia, sedentarismo</p>
<p>DONAHUE, J. Coronary Artery Disease in Offender Populations: Incarceration as a Risk Factor and a Point of Intervention. J Correct Health Care, v. 20, n. 4, p. 302-312, 2014.</p>	<p>Sobrepeso e obesidade, alimentação não saudável, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas</p> <p>População vulnerável: encarcerados</p>

Inglês, EUA, Scopus, área médica Nível de evidência- V	
ARRIES, E. J.; MAPOSA, S. Cardiovascular Risk Factors Among Prisoners. J Forensic Nurs. , v. 9, n. 1, p. 52-64, 2013. Inglês, Canadá, Scopus, área enfermagem Nível de evidência- V	Dislipidemia, hipertensão, tabagismo, sobrepeso e obesidade, diabetes, síndrome metabólica, alimentação não saudável, estresse, conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco População vulnerável: encarcerados
PLUGGE, E. H.; FOSTER, C. E.; YUDKIN, P. L.; DOUGLAS, N. Cardiovascular disease risk factors and women prisoners in the UK: the impact of imprisonment. Health Promot Int , v. 24, n. 4, p.334-343, 2009. Inglês, Reino Unido, Scopus, área médica Nível de evidência- VI	Tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável, sobrepeso e obesidade, hipertensão
RITTER, C.; STÖVER, H.; LEVY, M.; ETTER, J. F.; ELGER, B. Smoking in prisons: The need for effective and acceptable interventions. J Public Health Policy , v. 32, n. 1, p. 32-45, 2011. Inglês, Suíça, Scopus, área médica Nível de evidência- V	Tabagismo
GEBREMARIAM, M. K.; NIANOGO, R. A.; ARAH, O. A. Weight gain during incarceration: systematic review and meta-analysis. Obes Rev , v. 19, p. 98–110, 2018. Inglês, EUA, área multiprofissional Nível de evidência- I	Sobrepeso e obesidade, sedentarismo, alimentação não saudável
FIRTH, C. L.; SAZIE, E.; HEDBERG, K.; DRACH, L.; MAHER, J. Female Inmates with Diabetes: Results from Changes in a Prison Food Environment. Womens Health Issues , v. 25, n. 6, p. 732–738, 2015. Inglês, Oregon, Scopus, área multiprofissional Nível de evidência- III	Diabetes, obesidade, alimentação não saudável, dislipidemia, hipertensão
LAGARRIGUE, A.; AJANA, S.; CAPURON, L.; FEÛART, C.; MOISAN, M-P. Obesity in French Inmates: Gender Differences and Relationship with Mood, Eating Behavior and Physical Activity. PLoS ONE , v. 12, n. 1, e0170413, 2017. Inglês, França, Scopus, área multiprofissional Nível de evidência- VI	Tabagismo, sobrepeso, obesidade, síndrome metabólica, sedentarismo, depressão, ansiedade, diabetes População vulnerável: encarcerados
AGYAPONG, N. A. F.; ANNAN, R. A.; APPREY, C. Prevalence of risk factors of cardiovascular diseases among prisoners: a systematic review. Nutr Food Sci. , v. 47, n. 6, p.896-906, 2017. Inglês, Ghana, Scopus, área médica Nível de evidência- V	Sobrepeso e obesidade, sedentarismo, alimentação não saudável
HERBERT, K.; PLUGGE, E.; FOSTER, C.; DOLL, H. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. Lancet , v. 379, n. 9830, p. 1975–82, 2012. Inglês, Inglaterra, Scopus, área médica	Sobrepeso e obesidade, alimentação não saudável, sedentarismo

Nível de evidência- I	
NARA, K.; IGARASHI, M. Relationship Serum Lipids of Prison Life Style to Blood Pressure, and Obesity in Women Prisoners in Japan. Ind Health , v. 36, n. 1, p. 1-7, 1998. Inglês, Japão, Scopus, área médica Nível de evidência- VI	Tabagismo, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas, menopausa, hipertensão, dislipidemia, sobrepeso, obesidade, sedentarismo
GATES, M. L.; STAPLES-HORNE, M.; WALKER, V.; TURNEY, A. Substance Use Disorders and Related Health Problems in na Aging Offender Population. J Health Care Poor Underserved , v. 28, n. 2 Supplement, p. 132-154, 2017. Inglês, EUA, Scopus, área médica Nível de evidência- VI	Tabagismo, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas, ansiedade, depressão, hipertensão
KHAVJOU, O. A.; CLARKE, J.; HOFELDT, R. M.; et al. A captive audience Bringing the WISEWOMAN Program to South Dakota Prisoners. Womens Health Issues , v. 17, n. 4, p. 193–201, 2007. Inglês, EUA, Scopus, área médica Nível de evidência- VI	Tabagismo, dislipidemia, hipertensão, sobrepeso e obesidade, conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco População vulnerável: encarcerados
GATES, M. L.; BRADFORD, R. K. The Impact of Incarceration on Obesity: Are Prisoners with Chronic Diseases Becoming Overweight and Obese during Their Confinement? Int J Obes , v. 2015, 2015. Inglês, EUA, seleção a partir das referências, área médica Nível de evidência- VI	Sobrepeso e obesidade População vulnerável: encarcerados
VERA-REMARTÍNEZ E. J.; BORRAZ-FERNÁNDEZ, J. R.; DOMÍNGUEZ-ZAMORANO, J. Á. et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. Rev. esp. sanid. Penit. , v. 16, n. 2, p. 38-47, 2014. Espanhol, Espanha, seleção a partir das referências, área enfermagem Nível de evidência: VI	Tabagismo, sobrepeso, obesidade, dislipidemia, abuso de drogas ilícitas (cocaína) e sedentarismo
GEITONA, M.; MILIONI, S. O. Health status and access to health services of female prisoners in Greece: a cross-sectional. BMC Health Serv Res , v. 16, p. 243, 2016. Inglês, Grécia, seleção a partir das referências, área médica Nível de evidência- VI	Tabagismo, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas, ansiedade
DRACH, L. L.; MAHER, J. E.; BRAUN, M. J. F.; MURRAY, S. L.; SAZIE, E. Substance Use, Disordered Eating, and Weight Gain: Describing the Prevention and Treatment Needs of Incarcerated Women. J Correct Health Care , v. 22, n. 2, p. 139-145, 2016. Inglês, EUA, seleção a partir das referências, área multiprofissional Nível de evidência- VI	Sobrepeso e obesidade, tabagismo, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas (metanfetamina mais utilizada)
CLARKE, J. G.; WARING, M. E. Overweight, obesity, and weight change among	Sobrepeso e obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e abuso

<p>incarcerated women. J Correct Health Care, v. 18, n. 4, p. 285–292, 2012. Inglês, Rhode Island, seleção a partir das referências, área médica Nível de evidência- VI</p>	<p>de drogas ilícitas (heroína, cocaína, opióides e maconha), estresse, depressão, alimentação não saudável</p>
<p>WOLFF, N.; SHI, J.; FABRIKANT, N.; SCHUMANN, B. E. Obesity and weight-related medical problems of incarcerated persons with and without mental disorders. J Correct Health Care, v. 18, n. 3, p. 219-232, 2012. Inglês, EUA, seleção a partir das referências, área multiprofissional Nível de evidência- VI</p>	<p>Sobrepeso e obesidade, depressão, ansiedade</p>
<p>LEIGEY, M. E.; JOHNSTON, M. E. The prevalence of overweight and obesity among aging female inmates. J Correct Health Care, v. 21, n. 3, p. 276-285, 2015. Inglês, Geórgia, seleção a partir das referências, área multiprofissional Nível de evidência VI</p>	<p>Sobrepeso e obesidade</p>
<p>ALVES, J.; MAIA, A.; TEIXEIRA, F. Health conditions prior to imprisonment and the impact of prison on health views of detained women. Qual Health Res, v. 26, n. 6, p. 782-792, 2016. Inglês, Portugal, seleção a partir das referências, área psicologia Nível de evidência- VI</p>	<p>Ansiedade, depressão, estresse, dislipidemia, diabetes, hipertensão, sedentarismo, consumo de álcool e abuso de drogas ilícitas (haxixe, cocaína, heroína), conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, alimentação não saudável</p>
<p>MUKHTAR, S.; MAHMOOD, A.; FAISAL, A.; EJAZ, S.; KHATOON, F. Prevalence of risk factors of noncommunicable diseases amongst female prisoners of Pakistan. J Pharm Biol Sci, v. 5, n. 2, p. 43-48, 2013. Inglês, Paquistão, seleção a partir das referências, área multiprofissional Nível de evidência- VI</p>	<p>Tabagismo, alimentação não saudável, sobrepeso e obesidade</p>

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA



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



Identificação do artigo:

- Título do artigo:
- Autor (es)/Área de formação:
- Título do periódico:
- Volume, número, páginas e ano:

Referencial teórico/Metodológico:

Conceito de “Risco de função cardiovascular prejudicada”:

- Atributos:
- Conceitos relacionados:

Fatores de risco da função cardiovascular prejudicada:

Características metodológicas:

- Objetivo do estudo:
- Tipo de publicação:
- População alvo:
- Amostra:
- Critérios de inclusão e exclusão:
- Coleta de dados:

- Instrumento de coleta de dados:

Análise dos dados:

Resultados do estudo:

Conclusões do estudo:

O estudo teve viés? Se sim, qual?

Nível de evidência conforme Galvão (2006):

Observações:

APÊNDICE C - CARTA-CONVITE AOS JUÍZES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO ACADÊMICO



Prezado (a),

Sou Gabrielle Pessôa da Silva, enfermeira e mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação em mulheres privadas de liberdade”, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Francisca Márcia Pereira Linhares e coorientação da Prof^a. Dr^a. Suzana de Oliveira Mangueira.

Vimos por meio desta, solicitar a sua colaboração como especialista em linguagem diagnóstica e/ou cardiologia, a qual envolverá a apreciação e o julgamento da adequação da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, bem como sobre a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco, e a clareza e a precisão de suas definições conceituais e operacionais. Diante do instrumento de coleta de dados, o (a) Sr. (a) deverá julgar a representatividade desses indicadores.

Caso deseje participar, solicitamos que responda o mais rápido possível via e-mail. Em caso de concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o instrumento e as instruções para o seu preenchimento via e-mail.

Solicitamos ainda, se possível, que você indique mais profissionais nesta área diagnóstica de enfermagem e/ou cardiologia) que possam colaborar com nosso trabalho. Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente, Gabrielle Pessôa da Silva

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Gabrielle Pessoa da Silva, residente na Av. Prof. Moraes Rego, 844-900 – Cidade Universitária, Recife – PE, CEP:50670-420, telefone: (81) 999468747 (inclusive ligações a cobrar); e-mail: pessoa.gabrielle@hotmail.com, sob a orientação de: Prof^a Dr^a Francisca Márcia Pereira Linhares, telefone: (81) 988612232, e-mail: marciapl27@gmail.com e coorientação da Prof^a. Dr^a. Suzana de Oliveira Manguiera e-mail: suzanaom@hotmail.com, telefone: (83) 999893420.

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

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa tem o objetivo de **validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade**. Sua participação se dará por meio de avaliação de instrumento construído pelas pesquisadoras. Nesse instrumento, você deverá realizar o julgamento da adequação da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, bem como sobre a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco, e a clareza e a precisão de suas definições conceituais e operacionais. A sua participação na pesquisa encerra após a devolução do material preenchido.

O estudo não oferece risco à sua integridade física, no entanto pode oferecer o risco de cansaço mental devido a extensão do instrumento e a necessidade de complexo pensamento crítico, sendo por isso estipulado um prazo de **20 dias** para a devolução do mesmo.

Em relação aos benefícios do estudo, a validação de conteúdo do DE Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade permitirá a atualização da classificação da NANDA-I com vistas ao retorno do diagnóstico à referida taxonomia com o incremento de seus componentes, além de uma maior clareza da sua identificação na prática assistencial de enfermagem e uma possível validação clínica.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos juízes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa via e-mail ficarão armazenados nos arquivos e computadores da UFPE sob a responsabilidade da pesquisadora e orientadora, no endereço acima informado, pelo período mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

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

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade” como

voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM JUÍZES

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Prezado (a),

Este trabalho intitula-se “*Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade*” e consiste em uma Dissertação de Mestrado.

Na primeira etapa do estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura e análise de conceito o que permitiu a construção deste instrumento. Nesta segunda etapa, busca-se verificar a opinião de juízes sobre a adequação da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, bem como sobre a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco, e a clareza e a precisão de suas definições conceituais e operacionais. Para tanto, contamos com a sua colaboração, na gentileza de responder o instrumento desta segunda etapa da pesquisa, o qual é dividido em duas partes:

1. Caracterização do Especialista.

2. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade.

Solicitamos que você analise a adequação da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, bem como a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco, e a clareza e precisão de suas definições conceituais e operacionais.

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.

Fator de risco: são fatores que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável. Esses fatores são passíveis de modificação pelos enfermeiros de forma independente.

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.

Definição conceitual: se propõe a definir o conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por meio da análise de conceito.

Definição operacional (referência empírica): se propõe a definir como o conceito é mensurado. Reflete a expressão do fenômeno na realidade em que ocorre.

Relevância: capacidade dos fatores de risco, condições associadas e populações em risco de apresentarem relações de causalidade com o diagnóstico em estudo.

Clareza: relaciona-se à redação das definições conceituais e operacionais e verifica a capacidade do item possuir expressões simples (representar uma única ideia) e inequívocas, ser inteligível e construído com frases curtas.

Precisão: refere-se à capacidade de cada definição apresentar-se de forma diferente entre os componentes do diagnóstico, permitindo assim a caracterização típica do mesmo.

Após a leitura criteriosa de cada definição, solicitamos que você marque a definição conceitual que você considera mais adequada ao diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada. Após, avalie a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco, e a clareza e precisão de suas definições conceituais e operacionais. Para cada critério, você deverá assinalar uma das opções: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo parcialmente; 3 – Indiferente; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo totalmente.

PONTUAÇÃO	RELEVÂNCIA	CLAREZA	PRECISÃO
1 Discordo totalmente	o componente não apresenta qualquer relação com o diagnóstico estando associado a outros fenômenos	a definição proposta está descrita de forma incompreensível e necessita de uma revisão completa	a definição proposta não inclui nenhum dos elementos essenciais para caracterizar o componente
2 Discordo parcialmente	o componente do diagnóstico apresenta muito pouca relação com o diagnóstico estando mais associado a outros fenômenos	a definição proposta está descrita de forma pouco compreensível e necessita de ajustes	a definição proposta inclui poucos elementos dentre os necessários para caracterizar o componente, e aqueles que faltam afetam a adequada avaliação do componente

	similares		
3 Indiferente	o componente do diagnóstico apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares	a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode necessitar de alguns ajustes	a definição proposta inclui alguns elementos necessários para caracterizar o componente, e aqueles que faltam podem afetar a adequada avaliação do componente
4 Concordo parcialmente	o componente do diagnóstico está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares	a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode se beneficiar de alguns pequenos ajustes	a definição proposta inclui quase todos os elementos necessários para caracterizar o componente, embora aqueles que faltam não impedem a avaliação adequada do componente
5 Concordo totalmente	o componente do diagnóstico está diretamente relacionado ao diagnóstico	a definição proposta está descrita de forma compreensível sem a necessidade de ajustes	a definição proposta inclui todos os elementos necessários para caracterizar o 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 considere algum item como 1, 2, 3 ou 4, utilize o espaço indicado para justificativa e sugestões de modificação, 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** via e-mail. O TCLE deverá ser assinado e digitalizado.

Antecipadamente agradecemos a sua valiosa colaboração e nos colocamos à disposição para dirimir quaisquer dúvidas.

Mestranda: Gabrielle Pessôa da Silva (pessoa.gabrielle@hotmail.com)

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

Coorientadora: Suzana de Oliveira Mangueira (suzanaom@hotmail.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

Tema de estudo: _____

Área de estudo: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de experiência profissional (anos completos): _____

Tempo de experiência com cardiologia, se houver (anos completos): _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas 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 Risco de Função Cardiovascular Prejudicada* 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 *privação de liberdade* 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*? 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?

8. Presta/prestou assistência de enfermagem a pessoas privadas de liberdade ou com o Diagnóstico de Enfermagem Risco de Função Cardiovascular Prejudicada?

a. Sim b. Não

Se sim:

Pessoas privadas de liberdade

Pessoas com o Diagnóstico de Enfermagem Risco de Função Cardiovascular Prejudicada

Pessoas privadas de liberdade que possuem o Diagnóstico de Enfermagem Risco de Função Cardiovascular Prejudicada

Em qual local: _____

Há quanto tempo: _____

9. Já identificou o diagnóstico de enfermagem *Risco de Função Cardiovascular Prejudicada* 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

12. No ensino, ministra/ ministrou disciplinas que abordam a temática *Risco de Função Cardiovascular Prejudicada*? 1. Sim 2. Não

**PARTE 2- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA PARA AVALIAÇÃO DE
MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE**

A seguir, leia atentamente os itens referentes ao Diagnóstico de Enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade.

1. Escolha a **definição conceitual mais adequada** ao diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada:

Definição do diagnóstico de enfermagem
Definição 1 (): vulnerabilidade a causas internas/externas que podem danificar um ou mais de um órgão vital e o próprio sistema circulatório (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).
Definição 2 (): suscetibilidade a prejuízos no transporte de substâncias, na homeostase corporal e na remoção de resíduos metabólitos dos tecidos, decorrentes de alterações cardiovasculares que podem comprometer a saúde (Análise de conceito).
Sugestões:

2. Estão dispostas as definições conceituais e operacionais de cada fator de risco, condição associada e população em risco. 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. Assinale 1- discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- indiferente; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente.

COMPONENTES DIAGNÓSTICOS		
1.Diabetes		
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()		
Sugestões:		
Classificação: condição associada		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. O diabetes tipo 1A é causado pela	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:

deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais; o tipo 1B caracteriza-se pela deficiência de insulina de natureza idiopática. O DM tipo 2 é a perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina.		
<p>Definição operacional: Presença de glicemia de jejum com valor $>$ ou $=$ a 126 mg/dl ou medição de glicose duas horas após sobrecarga com 75g de glicose $>$ ou $=$ a 200mg/dl ou medição de glicemia ao acaso com valor $>$ ou $=$ a 200 mg/dl mais a presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento) ou HbA1c (hemoglobina glicada) com valor $>$ ou $=$ 6,5%. A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória \geq 200 mg/dL.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>SUGESTÕES</p>		
<p>2.Dislipidemia</p> <p>Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
<p>Classificação: fator de risco</p>		
<p>DEFINIÇÃO</p>	<p>CLAREZA</p>	<p>PRECISÃO</p>
<p>Definição conceitual: Distúrbio que altera os níveis sanguíneos dos lipídeos. De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia é classificada como: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Definição operacional: Na hipercolesterolemia isolada há o aumento isolado do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL). Na hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado dos triglicérides (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). Na</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>

hiperlipidemia mista: aumento do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL) e dos TG (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). O HDL-c baixo corresponde a redução do HDL-c (homens $<$ 40 mg/dL e mulheres $<$ 50 mg/dL) isolado ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.				
SUGESTÕES				
3.Sedentarismo				
Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()				
Sugestões:				
Classificação: fator de risco				
DEFINIÇÃO		CLAREZA		PRECISÃO
Definição conceitual: Refere-se a um hábito de vida em que o indivíduo não realiza atividade física, na frequência, na duração e na intensidade recomendadas.		1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Definição operacional: Relato de falta de atividade física em uma intensidade pelo menos moderada, na maioria dos dias da semana, por no mínimo 30 minutos.		1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
SUGESTÕES				
4.Hipertensão arterial				
Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()				
Sugestões:				
Classificação: condição associada				
DEFINIÇÃO		CLAREZA		PRECISÃO
Definição conceitual: Condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos \geq 130 e/ou 80 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito.		1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Definição operacional: Constatação de níveis tensionais \geq 130 e/ou 80 mmHg sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, duas a três vezes, em duas a três ocasiões distintas.		1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:

SUGESTÕES		
------------------	--	--

5.Antecedentes pessoais de doença cardiovascular		
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()		
Sugestões:		
Classificação: população em risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Possuir histórico pessoal de doença cardiovascular.	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:
Definição operacional: Relato de manifestações clínicas prévias da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes (como a presença de diabetes melito tipos 1 ou 2, ou de doença renal crônica significativa, mesmo em prevenção primária).	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:
SUGESTÕES		
6.Antecedentes familiares de doença cardiovascular		
Relevância 1 () 2 () 3() 4() 5()		
Sugestões:		
Classificação: população em risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Possuir histórico familiar (parente de primeiro grau) de doença cardiovascular.	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:
Definição operacional: Relato de história familiar de doença cardiovascular/doença arterial coronariana prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos).	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:	1 () 2 () 3() 4() 5() Sugestões:
SUGESTÕES		
7.Sobrepeso		

Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		
Sugestões:		
Classificação: fator de risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Excesso de peso resultante de um balanço energético positivo devido uma dieta com alta ingestão energética e baixa prática de atividade física.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Definição operacional: Presença de Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 kg/m ² e 29,9 kg/m ² , definido pela fórmula peso (kg)/altura (m) ² .	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
SUGESTÕES		
8.Obesidade		
Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		
Sugestões:		
Classificação: fator de risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Acúmulo de gordura corporal resultante de um desequilíbrio energético prolongado, que pode ser ocasionado por um excessivo consumo de calorias e/ou inatividade física, sendo que esse acúmulo excede a classificação de sobrepeso.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Definição operacional: Presença de Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30 kg/m ² , definido pela fórmula peso (kg)/altura (m) ² .	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
SUGESTÕES		
9.Tabagismo		
Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		
Sugestões:		
Classificação: fator de risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina, sendo considerado uma doença	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

crônica.		Sugestões:
Definição operacional: Relatar consumo de pelo menos um cigarro diário por um período não inferior a seis meses.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
SUGESTÕES		
10. Alimentação não saudável		
Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		
Sugestões:		
Classificação: fator de risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Alimentação que não segue as recomendações nutricionais preconizadas como saudáveis, a saber: ser variada, dar preferência a alimentos naturais, consumir diariamente três porções de legumes e verduras como parte das refeições, três porções de frutas nas sobremesas e lanches e três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Evitar o consumo frequente e em grande quantidade de sal, gordura, óleos, açúcar, doce, refrigerante, salgadinho e outros alimentos industrializados, processados e ultraprocessados.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Definição operacional: Relato de consumo frequente e em excesso de sal, gordura, óleos, açúcar, doce, refrigerante, salgadinho e outros alimentos industrializados, processados e ultraprocessados. Além de relato de consumo diário de menos de três porções de legumes e verduras como parte das refeições, menos de três porções de frutas nas sobremesas e lanches e menos de três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
SUGESTÕES		
11. Ansiedade		
Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		
Sugestões:		
Classificação: fator de risco		

DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
<p>Definição conceitual: Sentimento vago e desagradável de medo, 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.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Definição operacional: Relato de sentimento vago e desagradável de medo, 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.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
SUGESTÕES		
<p>12. Depressão</p> <p>Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
Classificação: condição associada		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
<p>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. Indivíduos com depressão normalmente apresentam perda de energia; mudanças no apetite; aumento ou redução do sono; ansiedade; perda de concentração; indecisão; inquietude; sensação de que não valem nada, culpa ou desesperança; e pensamentos de suicídio ou de causar danos a si mesmas.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Definição operacional: O indivíduo relata ou apresenta tristeza persistente e perda de interesse em atividades que normalmente são</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>

<p>prazerosas, acompanhadas da incapacidade de realizar atividades diárias habituais, domésticas, escolares ou sociais, durante pelo menos duas semanas. Apresentam ainda, perda de energia; mudanças no apetite; aumento ou redução do sono; ansiedade; perda de concentração; indecisão; inquietude; sensação de que não valem nada, culpa ou desesperança; e pensamentos de suicídio ou de causar danos a si mesmas.</p>	<p>Sugestões:</p>	<p>Sugestões:</p>
<p>SUGESTÕES</p>		
<p>13. Consumo de bebida alcoólica</p> <p>Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
<p>Classificação: fator de risco</p>		
<p>DEFINIÇÃO</p>	<p>CLAREZA</p>	<p>PRECISÃO</p>
<p>Definição conceitual: Consumo frequente de quantidades e qualidades variáveis de bebidas alcoólicas que pode ser classificado em leve, moderado e pesado a depender das quantidades ingeridas e da frequência de ingestão, sendo que um consumo pesado está relacionado a problemas de saúde.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Definição operacional: Relato de uso de bebida alcoólica em duas doses/dia para homens e uma dose/dia para mulheres configura consumo moderado. O consumo de mais de duas doses/dia para homens e mais de uma dose/dia para mulheres é considerado prejudicial à saúde, assim como o uso acima de 30 gramas diária da substância para homens e 15 gramas diária para mulheres.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>SUGESTÕES</p>		
<p>14. Abuso de drogas ilícitas</p> <p>Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
<p>Classificação: condição associada</p>		
<p>DEFINIÇÃO</p>	<p>CLAREZA</p>	<p>PRECISÃO</p>
<p>Definição conceitual: Padrão de uso repetido e inadequado de uma substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei. O abuso é indicado pelo uso continuado da</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>

<p>substância mesmo tendo um problema social, ocupacional, psicológico ou físico persistente ou recorrente que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações perigosas fisicamente. O uso nocivo e uso perigoso são termos equivalentes.</p>		<p>Sugestões:</p>
<p>Definição operacional: Relato de uso da substância mesmo com problemas sociais, psicológicos ou físicos atribuíveis ao uso da dela; uso recorrente em situações em que esse consumo pode ser fisicamente perigoso. Para ser constatado o abuso da droga ilícita é necessário que um dano real tenha sido ocasionado à saúde física e mental do usuário.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>SUGESTÕES</p>		
<p>15.Síndrome metabólica</p> <p>Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
<p>Classificação: condição associada</p>		
<p>DEFINIÇÃO</p>	<p>CLAREZA</p>	<p>PRECISÃO</p>
<p>Definição conceitual: Transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Definição operacional: A presença combinada de pelo menos três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida por meio de circunferência abdominal > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres, triglicérides > ou = a 150 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres, pressão arterial > ou = 130 mmHg e > ou = a 85 mmHg, glicemia de jejum > ou = a 110 mg/dl.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>SUGESTÕES</p>		
<p>16.Estresse</p> <p>Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		

Classificação: fator de risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
<p>Definição conceitual: Resposta complexa do organismo que está relacionada a reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento/ambiente/estímulo que seja interpretado pelo indivíduo como uma ameaça.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Definição operacional: O indivíduo relata inicialmente uma resposta emocional intensa que é permeada por alterações no ritmo cardíaco e respiratório, na pressão arterial (aumentados) e tremores. Os níveis séricos de hormônios corticosteroides e catecolaminas terão suas concentrações aumentadas. Em relação ao comportamento, o indivíduo pode apresentar-se menos sociável, adotar uma postura mais hostil e insensível perante outros indivíduos, relato de irritabilidade, comportamento agressivo, ansiedade excessiva, medos, fobias, tristeza e depressão. O indivíduo apresentará escores elevados em escalas que avaliam o stress.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
SUGESTÕES		
<p>17.Menopausa</p> <p>Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
Classificação: população em risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
<p>Definição conceitual: Fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e a produção de esteroides e peptídeo hormonal diminui e conseqüentemente se produzem no organismo diversas mudanças fisiológicas, dentre elas, a cessação da menstruação. Geralmente ocorre em torno dos 48 aos 50 anos.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Definição operacional: A mulher deve estar por um período de 12 meses consecutivos sem menstruações, sem outra causa aparente, patológica ou psicológica, geralmente a partir dos 48 anos.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
SUGESTÕES		

18. Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco		
Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		
Sugestões:		
Classificação: fator de risco		
DEFINIÇÃO	CLAREZA	PRECISÃO
Definição conceitual: Pouco entendimento ou desconhecimento sobre os fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver alguma patologia.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Definição operacional: Relato de pouco entendimento ou desconhecimento sobre os fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver alguma patologia.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
SUGESTÕES		

ATENÇÃO! Caso julgue pertinente, você poderá sugerir o acréscimo e/ou retirada de fatores de risco, condições associadas e populações em risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de Função Cardiovascular Prejudicada, contribuindo com suas justificativas.

Sugestão de inclusão	Justificativa
Sugestão de retirada	Justificativa

APÊNDICE F- ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS JUÍZES PARA A DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA E SEUS FATORES ETIOLÓGICOS

DEFINIÇÃO PROPOSTA	DEFINIÇÃO AJUSTADA
“Suscetibilidade a prejuízos no transporte de substâncias, na homeostase corporal e na remoção de resíduos metabólitos dos tecidos, decorrentes de alterações cardiovasculares que podem comprometer a saúde”.	“Suscetibilidade a prejuízos no transporte de substâncias, na homeostase corporal, na remoção de resíduos metabólitos dos tecidos e na funcionalidade dos órgãos devido a causas internas/externas que podem comprometer a saúde”.

DIABETES
<p>DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. O diabetes tipo 1A é causado pela deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais; o tipo 1B caracteriza-se pela deficiência de insulina de natureza idiopática. O DM tipo 2 é a perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina.</p>
<p>DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo.</p>
<p>DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Presença de glicemia de jejum com valor $>$ ou $=$ a 126 mg/dl ou medição de glicose duas horas após sobrecarga com 75g de glicose $>$ ou $=$ a 200mg/dl ou medição de glicemia ao acaso com valor $>$ ou $=$ a 200 mg/dl mais a presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento) ou HbA1c (hemoglobina glicada) com valor $>$ ou $=$ 6,5%. A confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do</p>

jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O indivíduo deverá apresentar o diagnóstico médico de diabetes documentado em prontuário confirmado pelos seguintes exames laboratoriais: glicemia de jejum com valor ≥ 126 mg/dl ou medição de glicose duas horas após sobrecarga com 75g de glicose ≥ 200 mg/dl ou medição de glicemia ao acaso com valor ≥ 200 mg/dl mais a presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento) ou hemoglobina glicada (HbA1c) com valor $\geq 6,5\%$. A confirmação do diagnóstico de diabetes requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pessoas com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidas à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem caso se verifique glicemia aleatória ≥ 200 mg/dl.

DISLIPIDEMIA

CLASSIFICAÇÃO PROPOSTA: fator de risco

CLASSIFICAÇÃO AJUSTADA: condição associada

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Distúrbio que altera os níveis sanguíneos dos lipídeos. De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia é classificada como: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Distúrbio que altera os níveis sanguíneos dos lipídeos (colesterol- lipoproteína de alta densidade (HDL) e lipoproteína de baixa densidade (LDL); triglicérides (TG)). De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia pode ser classificada como: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL abaixo dos níveis normais.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Na hipercolesterolemia isolada há o aumento isolado do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL). Na hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado dos triglicérides (TG ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). Na hiperlipidemia mista: aumento do LDL-c (LDL-c ≥ 160 mg/dL) e dos TG (TG \geq

150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). O HDL-c baixo corresponde a redução do HDL-c (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) isolado ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O indivíduo deverá apresentar o diagnóstico médico de dislipidemia documentado em prontuário confirmado pelos seguintes exames laboratoriais: LDL ≥ 160 mg/dl (hipercolesterolemia isolada) ou TG ≥ 150 mg/dl ou ≥ 175 mg/dl, se a amostra for obtida sem jejum (hipertrigliceridemia isolada) ou LDL ≥ 160 mg/dl associado a TG ≥ 150 mg/dl ou ≥ 175 mg/dl, se a amostra for obtida sem jejum (hiperlipidemia mista) ou HDL de homens < 40 mg/dl e HDL de mulheres < 50 mg/dl (HDL abaixo dos níveis normais, que pode ser isolado ou em associação ao aumento de LDL ou de TG).

SEDENTARISMO

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relato de falta de atividade física em uma intensidade pelo menos moderada, na maioria dos dias da semana, por no mínimo 30 minutos.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O item será avaliado de acordo com o relato verbal do indivíduo de falta de atividade física aeróbica em uma intensidade pelo menos moderada (consumo de 40 a 70% do volume de oxigênio máximo ou 50 a 70% da frequência cardíaca prevista (MACKNIGHT, 2003). Ex.: caminhada de moderada intensidade, ciclismo, yoga, treinamento com pesos, atividades domésticas- esfregar o chão, lavar janelas, varrer e capinar a grama, empurrar cortador de grama, hidroginástica) (SLACK, 2006), por 150 min durante a semana (WHO, 2010c).

Obs: Exemplos de exercícios de intensidade leve: caminhada devagar, passeio de bicicleta pedalando devagar, exercícios de alongamento, rotina doméstica. Intensidade intensa/vigorosa: caminhada rápida, pedalada rápida, subir circuitos com pesos, futebol, vôlei, basquete, trabalho doméstico pesado- afastar móveis, carregar objetos pesados, pular corda, corrida skate, carregar pá pesada, cavar valas, empurrar cortador de grama não motorizado (SLACK, 2006).

HIPERTENSÃO ARTERIAL

TÍTULO AJUSTADO: Hipertensão arterial sistêmica

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Condição clínica multifatorial caracterizada

por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 130 e/ou 80 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 mmHg para a pressão sistólica e/ou ≥ 90 mmHg para a pressão diastólica (MALACHIAS et al., 2016).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Constatação de níveis tensionais ≥ 130 e/ou 80 mmHg sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, duas a três vezes, em duas a três ocasiões distintas.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O indivíduo deverá apresentar o diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica documentado em prontuário e confirmado pela medição da pressão arterial por profissional capacitado, com esfigmomanômetro validado e periodicamente calibrado, manguito adequado à circunferência do braço e seguindo técnica adequada, conforme estabelecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016). Será considerado hipertensão arterial sistêmica os valores de pressão arterial ≥ 140 mmHg para a pressão sistólica e/ou ≥ 90 mmHg para a pressão diastólica (MALACHIAS et al., 2016) constatados pela média de pelo menos duas medições de pressão, em no mínimo duas ocasiões distintas.

Obs: A técnica preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) determina que a aferição da pressão arterial deve ser realizada após 3 a 5 min de repouso, em ambiente calmo. O indivíduo deve estar sentado com as pernas descruzadas e o braço deve estar na altura do coração. A circunferência do braço deve ser mensurada no ponto médio entre o acrômio e olécrano para a seleção do manguito de tamanho adequado ao braço (A largura do manguito deve ser de pelo menos 40% do comprimento do braço e o comprimento, de pelo menos 80% de sua circunferência). O manguito deve ser colocado sem folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital. A pressão sistólica deve ser determinada pela ausculta do primeiro som de korotkoff (fase I) e a diastólica pelo desaparecimento dos sons de korotkoff (fase V).

ANTECEDENTES PESSOAIS DE DOENÇAS CARDIOVASCULAR

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Possuir histórico pessoal de doença cardiovascular.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Possuir histórico pessoal de doenças que afetem o coração e/ou vasos sanguíneos (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relato de manifestações clínicas prévias da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes (como a presença de diabetes melito tipos 1 ou 2, ou de doença renal crônica significativa, mesmo em prevenção primária).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O fator estará presente quando o indivíduo relatar manifestações clínicas prévias de doenças que afetem o coração e/ou vasos sanguíneos (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares) e/ou quando possuir descrição em prontuário de antecedentes pessoais de alguma dessas patologias.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Possuir histórico familiar (parente de primeiro grau) de doença cardiovascular.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Possuir histórico familiar de parente de primeiro grau (pai, mãe e filhos) com manifestação de doenças cardiovasculares (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relato de história familiar de doença cardiovascular/doença arterial coronariana prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O fator estará presente quando o indivíduo relatar história familiar de doenças cardiovasculares (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares) em parentes de primeiro grau (pai, mãe e filhos) e/ou quando possuir descrição em prontuário de antecedentes familiares de alguma dessas patologias.

SOBREPESO
<p>DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Presença de Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m², definido pela fórmula peso (kg)/altura (m)².</p> <p>DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O fator estará presente quando o examinador ao realizar pesagem e medição do indivíduo com balança calibrada e estadiômetro íntegro, calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) pela fórmula peso (kg)/altura (m)² e detectar um valor entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m². Para o procedimento de pesagem o examinador deverá certificar-se de que o indivíduo está descalço, com roupas leves e peso distribuído em ambos os pés. Mais especificamente para a medição da altura, o examinador deve colocar o indivíduo na posição ereta, com a cabeça livre de adereços, os braços estendidos ao longo do corpo, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. A cabeça, os ombros, as nádegas e os calcanhares deverão estar em contato com o estadiômetro para que então a leitura seja realizada.</p>
OBESIDADE
<p>DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Presença de Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30 kg/m², definido pela fórmula peso (kg)/altura (m)².</p> <p>DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O fator estará presente quando o examinador ao realizar pesagem e medição do indivíduo com equipamentos validados, calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) pela fórmula peso (kg)/altura (m)² e detectar um valor maior ou igual a 30 kg/m² e/ou ao realizar a medição da circunferência abdominal (medida no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca) constatar um valor ≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres. Para o procedimento de pesagem o examinador deverá certificar-se de que o indivíduo está descalço, com roupas leves e peso distribuído em ambos os pés. Mais especificamente para a medição da altura, o examinador deve colocar o indivíduo na posição ereta, com a cabeça livre de adereços, os braços estendidos ao longo do corpo, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. A cabeça, os ombros, as nádegas e os calcanhares deverão estar em contato com o estadiômetro para que então a leitura seja realizada.</p>
TABAGISMO
<p>DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina, sendo considerado</p>

uma doença crônica.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina, sendo considerado uma doença crônica devido à dependência química proporcionada por essa substância.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relatar consumo de pelo menos um cigarro diário por um período não inferior a seis meses (WHO, 1983).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O fator estará presente quando houver relato verbal do indivíduo. O entrevistador deverá considerar tabagista àqueles que afirmarem ter fumado 100 ou mais cigarros/produtos que contenham tabaco durante a vida, sendo que desses, serão classificados em tabagista atual àqueles que afirmarem continuar fumando atualmente e ex-tabagistas àqueles indivíduos que afirmarem ter parado de fumar no momento da entrevista (CDC, 2017).

ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Alimentação que não segue as recomendações nutricionais preconizadas como saudáveis, a saber: ser variada, dar preferência a alimentos naturais, consumir diariamente três porções de legumes e verduras como parte das refeições, três porções de frutas nas sobremesas e lanches e três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Evitar o consumo frequente e em grande quantidade de sal, gordura, óleos, açúcar, doce, refrigerante, salgadinho e outros alimentos industrializados, processados e ultraprocessados.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Alimentação que não segue as recomendações nutricionais preconizadas como saudáveis pelo Ministério da Saúde, a saber: ser variada, dar preferência a alimentos naturais, consumir diariamente seis porções de cereais, tubérculos e raízes, três porções de legumes e verduras, três porções de frutas, uma porção de leguminosas, três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Evitar o consumo frequente e em grande quantidade do sal, gordura, óleos, açúcar, doces, biscoito recheado, refrigerante, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, enlatados, dentre outros industrializados, processados e ultraprocessados.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relato de consumo frequente e em excesso de sal, gordura, óleos, açúcar, doce, refrigerante, salgadinho e outros alimentos

industrializados, processados e ultraprocessados. Além de relato de consumo diário de menos de três porções de legumes e verduras como parte das refeições, menos de três porções de frutas nas sobremesas e lanches e menos de três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O item será avaliado pelo relato verbal do indivíduo após inquérito alimentar, no qual será considerado os tipos de alimentos, a quantidade, qualidade, e a frequência de consumo, conforme preconização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a). Os seguintes itens serão avaliados, sendo que cada um deles terá uma pontuação de 1 quando em concordância com o relato do entrevistado, a qual servirá para calcular um escore final:

- (1 ponto) Realiza pelo menos três refeições diárias, intercaladas com lanches saudáveis;
- (1 ponto) Consumo diário de seis porções de cereais, tubérculos e raízes;
- (1 ponto) Consumo diário de três porções de legumes e verduras como parte das refeições;
- (1 ponto) Consumo diário de três porções de frutas;
- (1 ponto) Consumo diário de uma porção de leguminosas;
- (1 ponto) Consumo diário de três porções de leite e derivados;
- (1 ponto) Consumo diário de uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos;
- (1 ponto) Evitar o consumo frequente (mais de uma vez ao dia) e em grande quantidade de gorduras, óleos, açúcares e doces;
- (1 ponto) Consome no máximo 5g/dia de sal, que equivale a 1 colher rasa de chá por pessoa;
- (1 ponto) Evitar o consumo de alimentos industrializados, processados e ultraprocessados como biscoito recheado, refrigerante, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, enlatados, dentre outros.

Ao fim do inquérito, será considerado que o fator estará presente se o indivíduo somar menos de 5 pontos no total, assim, quanto menos pontos, menos saudável é a alimentação da pessoa.

ANSIEDADE

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relato de sentimento vago e desagradável de medo, 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 (CASTILLO et al., 2000).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O item será avaliado com o auxílio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), desenvolvido em 1970 (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970), traduzido e adaptado para o BRASIL em 1979 (BIAGGIO;

NATALÍCIO 1979). O referido instrumento verifica tanto a presença do traço de ansiedade (IDATE-T), que está relacionado a uma característica estável da personalidade, quanto a presença do estado ansioso (IDATE-E), o qual caracteriza a ansiedade como uma reação transitória associada a situação adversa. Para mensuração do fator ansiedade, será utilizado apenas o IDATE-T. O entrevistador deverá apresentá-lo ao indivíduo e fornecer as devidas orientações de preenchimento (autoaplicável). O instrumento é composto de 20 questões referentes a sentimentos pessoais, com quatro graus de intensidade possíveis de resposta. A pontuação de cada item da escala é de 1 a 4 pontos e o escore total varia de 20 a 80. Os indivíduos que atingirem escores abaixo de 44 pontos serão considerados com baixa ansiedade e aqueles que pontuarem 44 ou mais pontos serão considerados com alta ansiedade (NETO et al., 2012). O fator estará presente quando os indivíduos forem classificados com alta ansiedade.

DEPRESSÃO

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: 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. Indivíduos com depressão normalmente apresentam perda de energia; mudanças no apetite; aumento ou redução do sono; ansiedade; perda de concentração; indecisão; inquietude; sensação de que não valem nada, culpa ou desesperança; e pensamentos de suicídio ou de causar danos a si mesmas (WHO, 2010b).

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: 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, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Indivíduos com depressão normalmente apresentam perda de energia; mudanças no apetite; aumento ou redução do sono; ansiedade; perda de concentração; indecisão; inquietude; sensação de que não valem nada, culpa ou desesperança; e pensamentos de suicídio ou de causar danos a si mesmo (WHO, 2010b).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: 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. Indivíduos com depressão normalmente apresentam perda de energia; mudanças no apetite; aumento ou redução do sono; ansiedade;

perda de concentração; indecisão; inquietude; sensação de que não valem nada, culpa ou desesperança; e pensamentos de suicídio ou de causar danos a si mesmas.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O indivíduo deverá apresentar o diagnóstico médico de depressão documentado em prontuário (CID 10- F32 e F33). Também será considerada a avaliação da depressão por meio da aplicação do Inventário de Depressão Maior (MDI) pelo entrevistador. O referido instrumento foi validado para o português em 2011 (PARCIAS et al., 2011) e apresenta 10 itens que incluem o universo de sintomas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-IV (DSM-IV) para depressão maior e da Classificação Internacional das Doenças-10 CID-10 (OMS) para depressão. Os 10 itens são do tipo likert, sendo que os itens 8 e 10 possuem subitens “a e b”, considerando-se o subitem com a maior pontuação obtida. Cada item tem pontuação mínima de 0 (nenhuma vez) a 5 (o tempo todo). O entrevistador deverá aplicar o MDI e ao final calcular a pontuação final dos itens (varia de 0 a 50). Indivíduos com 16 pontos ou mais serão considerados com algum grau de depressão, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a intensidade da depressão (PARCIAS et al., 2011). Dessa forma, o fator estará presente para aqueles que totalizarem 16 pontos ou mais ao fim das respostas ao instrumento.

CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

TÍTULO AJUSTADO: Consumo nocivo de bebida alcoólica

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Consumo frequente de quantidades e qualidades variáveis de bebidas alcoólicas que pode ser classificado em leve, moderado e pesado a depender das quantidades ingeridas e da frequência de ingestão, sendo que um consumo pesado está relacionado a problemas de saúde.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Padrão de beber disfuncional ou mal-adaptativo que pode ocasionar problemas interpessoais, legais, psicológicos e de saúde associados ao padrão de consumo, em período igual ou maior a um ano (DIEHI; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relato de uso de bebida alcoólica em duas doses/dia para homens e uma dose/dia para mulheres configura consumo moderado. O consumo de mais de duas doses/dia para homens e mais de uma dose/dia para mulheres é considerado prejudicial à saúde, assim como o uso acima de 30 gramas diária da substância para homens e 15 gramas diária para mulheres.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O item será avaliado com o auxílio do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT), que é um instrumento de rastreamento do uso problemático de álcool, desenvolvido pela OMS (WHO, 1982), validado no Brasil em 1999 (MENDÉZ, 1999). O instrumento é formado por dez questões com perguntas sobre o consumo de álcool dos últimos 12 meses e alternativas pontuadas de 0 a 4, com uma pontuação final de 0-40 pontos. O entrevistador deverá aplicar o AUDIT e, ao final da entrevista, calcular a pontuação total dos itens. O indivíduo será classificado em uma de quatro zonas de risco conforme score final obtido: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: mostra uma possível dependência). O fator estará presente para aqueles que obtiverem pontuação final de 8 ou mais pontos (a partir da zona II).

ABUSO DE DROGAS ILÍCITAS

TÍTULO AJUSTADO: Consumo de drogas ilícitas

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Padrão de uso repetido e inadequado de uma substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei. O abuso é indicado pelo uso continuado da substância mesmo tendo um problema social, ocupacional, psicológico ou físico persistente ou recorrente que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações perigosas fisicamente. O uso nocivo e uso perigoso são termos equivalentes.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Uso de qualquer substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei (WHO, 1994).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relato de uso da substância mesmo com problemas sociais, psicológicos ou físicos atribuíveis ao uso dela; uso recorrente em situações em que esse consumo pode ser fisicamente perigoso. Para ser constatado o abuso da droga ilícita é necessário que um dano real tenha sido ocasionado à saúde física e mental do usuário.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O item será avaliado com o auxílio do Teste de triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST), instrumento utilizado para diagnóstico de uso de álcool e outras drogas, desenvolvido com o apoio da OMS e validado no BRASIL e em outros países (ALI et al., 2002). O questionário é composto por oito questões, as sete primeiras abordam o uso e os problemas relacionados a

diversas substâncias lícitas e ilícitas e a questão 8 é voltada ao uso de drogas injetáveis. O entrevistador deverá aplicar o ASSIST e, ao final da entrevista, calcular a pontuação total dos itens 2 a 7, para cada tipo de droga ilícita consumida. Indivíduos com pontuações até 3 são considerados usuários de baixo risco, que são àqueles que embora usem substâncias ocasionalmente, ainda não apresentam problemas relacionados a esse uso. Pessoas com pontuações entre 4 e 26 podem fazer um uso nocivo ou problemático de substâncias e apresentam risco moderado de desenvolvimento de problemas devido ao uso de drogas. Pessoas com pontuações de 27 ou mais apresentam alto risco de dependência da(s) substância(s) investigada(s). O fator estará presente para todos os usuários classificados a partir de baixo risco.

SÍNDROME METABÓLICA

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: A presença combinada de pelo menos três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida por meio de circunferência abdominal > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres, triglicerídeos $>$ ou $=$ a 150 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres, pressão arterial $>$ ou $=$ 130 mmHg e $>$ ou $=$ a 85 mmHg, glicemia de jejum $>$ ou $=$ a 110 mg/dl.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O indivíduo deverá apresentar o diagnóstico médico de síndrome metabólica documentado em prontuário confirmado de acordo com os critérios diagnósticos do *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III), os quais incluem a presença combinada de pelo menos três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida por meio de circunferência abdominal > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres. Exames laboratoriais de triglicerídeos ≥ 150 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres, glicemia de jejum ≥ 110 mg/dl mais medida de pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg e diastólica ≥ 85 mmHg.

Obs: A medição da circunferência abdominal deve ser realizada no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca. A aferição da pressão arterial deve ser realizada no mínimo duas vezes, na posição sentada, após cinco minutos de repouso (BRASIL, 2005).

ESTRESSE

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: O indivíduo relata inicialmente uma resposta emocional intensa que é permeada por alterações no ritmo cardíaco e respiratório, na pressão arterial (aumentados) e tremores. Os níveis séricos de hormônios corticosteroides e catecolaminas terão suas concentrações aumentadas. Em relação ao comportamento, o indivíduo pode apresentar-se menos sociável, adotar uma postura mais hostil e insensível

perante outros indivíduos, relato de irritabilidade, comportamento agressivo, ansiedade excessiva, medos, fobias, tristeza e depressão. O indivíduo apresentará escores elevados em escalas que avaliam o stress.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O item será avaliado com o auxílio do Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL), instrumento validado no Brasil em 1994 (LIPP; GUEVARA, 1994) e padronizado em 2000 (LIPP, 2000). Permite uma avaliação da presença de estresse, a fase que se encontra (alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão) e se sua manifestação sintomatológica é física ou psicológica em jovens acima de 15 anos e adultos. O referido instrumento possui 53 itens, dos quais, 34 são referentes às condições físicas e 19 às psicológicas, sendo dividido em três partes. A primeira parte indica sintomas sentidos nas últimas 24 horas, a segunda na última semana e a terceira no último mês. O entrevistador deverá aplicar o ISSL e ao final, classificar o indivíduo que não possui estresse e para aqueles que possuem, descrever a fase que se encontra (alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão). Essa classificação é feita conforme as tabelas percentuais de interpretação do manual ISSL. O fator estará presente quando o indivíduo for classificado em alguma fase de estresse.

MENOPAUSA

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e a produção de esteroides e peptídeo hormonal diminui e conseqüentemente se produzem no organismo diversas mudanças fisiológicas, dentre elas, a cessação da menstruação. Geralmente ocorre em torno dos 48 aos 50 anos.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar, a produção de esteroides (estrógeno, progesterona) e peptídeo hormonal diminuem e conseqüentemente se produzem no organismo mudanças fisiológicas, dentre elas, a cessação da menstruação (OMS, 1996). O declínio da produção de estrógenos pode levar ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares nas mulheres, visto que esses hormônios possuem efeito cardioprotetor, o qual relaciona-se com a dilatação dos vasos, facilitação do fluxo sanguíneo, regulação de lipídios, marcadores inflamatórios e do sistema de coagulação (MAAS et al., 2010).

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: A mulher deve estar por um período de 12 meses consecutivos sem menstruações, sem outra causa aparente, patológica ou psicológica,

geralmente a partir dos 48 anos.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O item será avaliado pelo relato verbal da mulher de estar por um período de 12 meses consecutivos sem menstruações, sem outra causa aparente, patológica ou psicológica ou quando houver relato de cirurgia de extração dos ovários, por considerar que nessa condição também não haverá mais a produção do estrógeno.

CONHECIMENTO/COMPREENSÃO INSUFICIENTE DOS FATORES DE RISCO

TÍTULO AJUSTADO: Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco cardiovascular.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: Pouco entendimento ou desconhecimento sobre os fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver alguma patologia.

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: Pouco entendimento ou desconhecimento sobre os fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver alguma patologia cardiovascular.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: Relato de pouco entendimento ou desconhecimento sobre os fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver alguma patologia.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: O item será avaliado pelo relato verbal do indivíduo após o entrevistador realizar o seguinte questionamento: Quais fatores que você conhece aumentam a probabilidade/risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares? Cada fator de risco que o indivíduo responder receberá a nota 1, conforme os fatores de risco pré-estabelecidos:

- (1) Diabetes
- (1) Dislipidemia
- (1) Sedentarismo
- (1) Hipertensão arterial
- (1) Antecedentes pessoais de DCV
- (1) Antecedentes familiares de DCV
- (1) Sobrepeso
- (1) Obesidade

(1) Tabagismo

(1) Alimentação não saudável

(1) Ansiedade

(1) Depressão

(1) Consumo nocivo de bebidas alcoólicas

(1) Consumo de drogas ilícitas

(1) Síndrome metabólica

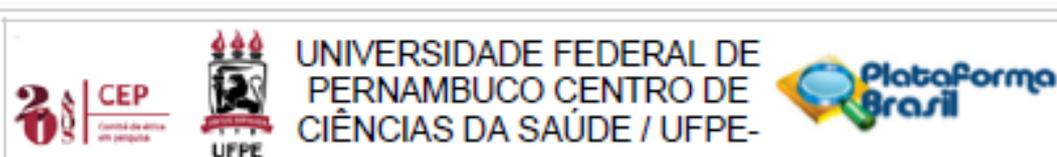
(1) Estresse

(1) Menopausa

(1) Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco cardiovascular.

Para que o fator esteja presente, a pessoa deve ter um escore menor que nove pontos.

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE FUNÇÃO CARDIOVASCULAR PREJUDICADA EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

Pesquisador: GABRIELLE PESSOA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96418918.5.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

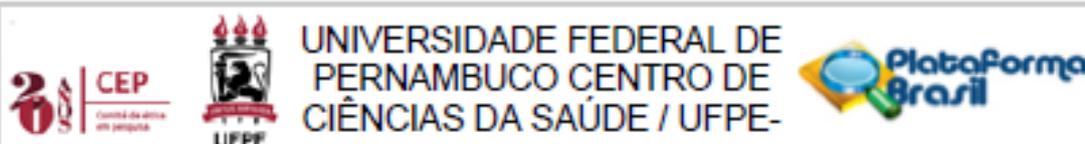
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.956.928

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa da mestranda Gabrielle Pessoa da Silva, sob a orientação da Profª Drª Francisca Márcia Pereira e coorientação da Profª. Drª. Suzana de Oliveira Manguelra, docentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. É um estudo metodológico em duas etapas: análise de conceito e análise de conteúdo por especialistas. Na análise de conceito será analisado o conceito risco de função cardiovascular prejudicada por meio de um modelo desenvolvido em oito etapas, a saber: seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise conceitual, identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos, construção de caso modelo e casos adicionais, identificação dos antecedentes e consequentes e definição das referências empíricas. O referido modelo recomenda a realização de uma revisão integrativa de literatura, que será realizada por meio da busca de artigos em cinco bases de dados: CINAHL, Medline/Pubmed, Scopus, LILACS e Web of science com os descritores: doenças cardiovasculares, fatores de risco, prisões e prisioneiros mais os termos não controlados doença cardiovascular, fator de risco, fator de risco cardiovascular, prisão, penitenciárias, presídio, Instituições penais e centros penais. Ao final da análise de conceito, será construído um Instrumento com a definição conceitual e localização do diagnóstico de enfermagem (domínio e classe) mais as referências empíricas dos fatores de risco identificados, o qual será submetido à análise de conteúdo por 22 especialistas. O recrutamento dos especialistas se dará por meio da

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: 2.956.928

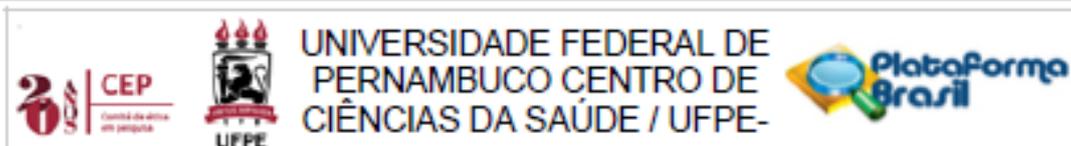
Plataforma Lattes (CNPq). Serão realizadas buscas também de especialistas no universo relacional de pesquisadora e orientadora. Posteriormente, será realizada a amostragem do tipo "bola de neve", mediante indicação por participantes selecionados anteriormente. Este tipo de amostragem justifica-se devido à escassez de especialistas. Para atender aos pressupostos, serão definidos como critérios de inclusão na amostra: 1. ser enfermeiro com titulação mínima de mestre na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou enfermagem cardiovascular, 2. possuir experiência clínica em enfermagem cardiovascular e/ou com pessoas privadas de liberdade e 3. ter artigo publicado na temática de diagnóstico de enfermagem e/ou pessoas privadas de liberdade. Serão incluídos especialistas que atenderam ao critério 1 e pelo menos mais um dos outros dois critérios (2 e/ou 3). Critério de exclusão: especialistas que devolverem o formulário com erros no preenchimento mesmo após novo contato. Os especialistas receberão o instrumento para análise via ferramenta Google Forms e na ocasião, será solicitada a indicação de outros especialistas. O instrumento de coleta de dados será dividido em duas partes: a primeira abrangerá a caracterização dos especialistas, com os dados de identificação e experiência, a saber: sexo, idade, cidade onde trabalha, titulação, ocupação atual, tempo de formação profissional, experiência no ensino e na assistência com a terminologias de enfermagem e/ou pessoas privadas de liberdade, área de atuação atual, tempo de atuação e participação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem. A segunda abrangerá dados referentes à validação do DE Risco de função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade, com os seguintes itens: definição conceitual e localização do DE (domínio e classe) mais as referências empíricas dos fatores de risco elencados na etapa de análise de conceito. Para a construção do instrumento, será utilizado os critérios para construção de itens descritos por Pasquall (1999): relevância, clareza e precisão. Os dados serão tabulados no programa Microsoft Excel 2010 e analisados com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 16.0. por meio de estatística descritiva; para a verificação da pertinência das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do DE Risco de função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade, será elaborada uma escala tipo Likert de 5 níveis em que o nível 1 corresponde ao menor nível de julgamento em relação à relevância, clareza e precisão, e o 5, ao nível máximo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Estimar a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade

Objetivos Específicos:

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: 2.956.928

1. Analisar o conceito risco de função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade;
2. Revisar os componentes do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada propostos pela NANDA-I (definição, localização e fatores de risco) a partir das evidências científicas em mulheres privadas de liberdade
3. Elaborar definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada em mulheres privadas de liberdade
4. Verificar a opinião de especialistas sobre a adequação da definição conceitual e da localização do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada, bem como sobre a relevância, clareza e precisão das definições conceituais e operacionais de cada fator de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo oferece a possibilidade do risco de cansaço mental devido à extensão do instrumento e a necessidade de complexo pensamento crítico do especialista, sendo por isso estipulado um prazo de 20 dias para a devolução do instrumento.

Benefícios: Destaca-se que para os especialistas a validação de conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem em pauta permitirá a atualização da taxonomia da NANDA-I e o incremento dos componentes do diagnóstico em questão, renovando a literatura científica sobre a temática com a possibilidade de retorno do referido diagnóstico à taxonomia; além de reverter para os enfermeiros atuantes nas unidades prisionais femininas, a possibilidade de uma melhor acurácia na identificação do DE estudado na prática assistencial dessas unidades, o que poderá contribuir para um melhor direcionamento na formulação de ações de educação em saúde com vistas à prevenção das doenças cardiovasculares nas mulheres privadas de liberdade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante considerando o perfil epidemiológico das doenças cardiovasculares e especialmente nas mulheres privadas de liberdade, população que necessita de um olhar diferenciado dadas as suas especificidades, que as colocam num lugar de extrema vulnerabilidade.

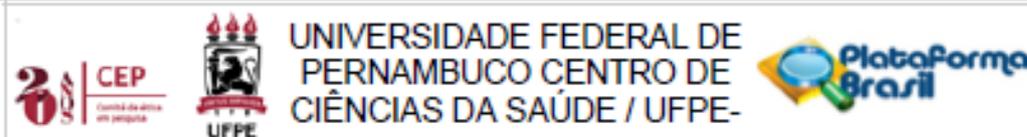
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos exigidos pela Res.466/2012

Recomendações:

Sem recomendações

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:** cepccc@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.956.928

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

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

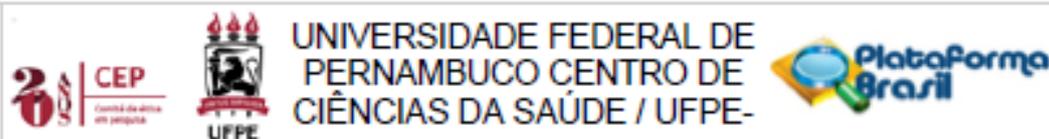
Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1203516.pdf	04/10/2018 15:29:04		Acelto
Outros	cartarespostapendencias.pdf	04/10/2018 15:24:36	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadomestrado_CEPcorrigido.pdf	04/10/2018 15:03:30	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto

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: 2.956.928

Outros	justificativacartaanuencia.pdf	22/08/2018 07:40:07	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	21/08/2018 13:26:59	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto
Outros	historicoescolar.pdf	21/08/2018 09:35:18	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto
Outros	termoconfidencialidade.pdf	21/08/2018 09:34:52	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto
Outros	lattes_marcialinhares.pdf	21/08/2018 09:29:10	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto
Outros	lattes_gabrielle.pdf	21/08/2018 09:28:40	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto
Folha de Rosto	folhaderostoprojeto.pdf	21/08/2018 09:09:32	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 11 de Outubro de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br