



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

GABRIELLE PESSÔA DA SILVA

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE
PRESSÃO ARTERIAL INSTÁVEL EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE**

RECIFE

2023

GABRIELLE PESSÔA DA SILVA

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PRESSÃO ARTERIAL INSTÁVEL EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

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

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Saúde da família nos cenários do cuidar

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

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

RECIFE

2023

Catálogo na fonte:
Elaine Freitas, CRB4:1790

S586e Silva, Gabrielle Pessoa da
Evidências de validade do diagnóstico de enfermagem risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade / Gabrielle Pessoa da Silva. – 2023.
184 p. : il.

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

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Estudos de validação. 2. Teoria de enfermagem. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Fatores de risco. 5. Pressão arterial. 6. Mulheres. 7. Prisões. I. Linhares, Francisca Márcia Pereira (orientadora). II. Manguiera, Suzana de Oliveira (coorientadora). IV. Título.

616.73 CDD (22.ed.) UFPE (CCS 2024 - 021)

GABRIELLE PESSÔA DA SILVA

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PRESSÃO ARTERIAL INSTÁVEL EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

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

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Aprovada em: 18/12/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Camila Takáo Lopes
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix
Universidade Federal do Recôncavo Baiano

Prof.^a Dra. Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes
Universidade de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me permitir realizar mais esse sonho e me sustentar ao longo dessa jornada acadêmica, sempre plantando em meu coração desejos que coincidiam com Seus planos.

Aos **meus pais Solange e Roberto**, por serem meu alicerce e depositarem tudo que tinham em minha educação. Mainha e painho, essa conquista também é de vocês, sem vocês, nada sou.

Ao meu companheiro **Rafael**, que trilhou ao meu lado toda a jornada acadêmica desde a época da graduação até o doutorado. Obrigada por ser um grande incentivador em minha vida profissional e por acreditar junto a mim que os meus sonhos são possíveis.

A minha **avó Sônia**, por incansavelmente acreditar em meu potencial e torcer pelo meu sucesso.

A todos os meus **familiares** que me apoiaram, incentivaram e torceram pelo meu sucesso incondicionalmente. Aos **amigos e amigas** que se fizeram sempre presentes em minha vida, incentivando e vibrando comigo em todas as etapas da jornada acadêmica. Agradeço, especialmente, a **Bia, Brinda, Anne, Aline, Thaís e Naara** por serem meu suporte diário de acolhimento, amizade e amor nos momentos bons e ruins da caminhada.

A todas as **companheiras de trabalho** ao longo dessa trajetória, em especial, à Patrícia, Helka e Carla, minhas colegas de plantão do CAPS David Capistrano; vocês foram meu apoio incondicional em todos os plantões que precisei me ausentar de alguma forma para cumprir as demandas de disciplinas e grupo de pesquisa.

Aos colegas de **turma do doutorado e mestrado** e, em especial, **Ryanne**, que se tornou amiga ao me auxiliar em muitos momentos dessa pesquisa, além de me acolher e incentivar. Obrigada por todo apoio e por acreditar que eu chegaria até aqui, mesmo diante das dificuldades.

Às **alunas do PIBIC** Nayhara, Beatriz e Letícia por dividirem comigo a coleta de dados e pelo comprometimento e seriedade que tiveram nesse momento da pesquisa. Obrigada meninas, vocês foram essenciais para a finalização desse trabalho.

A minha **orientadora, Prof.^a Dr.^a Francisca Márcia Pereira Linhares** por segurar minha mão e conduzir esse trabalho com muita responsabilidade e zelo. Agradeço pelo empenho, confiança, por acreditar no meu potencial e pelas suas inúmeras correções, sugestões, além do adequado direcionamento científico, necessário para que esse trabalho fosse finalizado.

A minha coorientadora, **Prof.^a Dr.^a Suzana de Oliveira Manguiera**, pelo olhar atento aos detalhes da pesquisa, pelas preciosas correções e relevantes considerações em todo o trabalho.

À **Prof.^a Dr.^a Camila Takáo Lopes**, que me acompanha nessa trajetória de pesquisa com os diagnósticos de enfermagem e a cardiologia desde o mestrado. Agradeço por, mesmo com muitas atribuições e afazeres, colocar-se disponível em colaborar com o trabalho nas inúmeras vezes que solicitei. Obrigada pelo apoio, pela escuta e por todas as considerações relevantes nessa pesquisa. Ao **Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes**, pela disponibilidade, pelas ricas contribuições em todas as fases do estudo e pelos direcionamentos necessários ao encaminhamento deste estudo.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, pelo compromisso, responsabilidade e ética com a formação acadêmica. Aos professores do Programa, por serem exemplos de docentes e profissionais comprometidos com o ensino e a enfermagem, por trocar conhecimentos e vivências essenciais ao processo formativo e por incentivar e apoiar toda a caminhada durante o doutorado. Aos **funcionários do Programa**, por todo o apoio nas questões administrativas.

Aos **membros da banca de qualificação**, por todas as valiosas contribuições que permitiram a estruturação e a finalização desse trabalho.

Aos **membros da banca examinadora da tese**, pela atenção com o trabalho, pelas excelentes considerações, correções e contribuições que se fizeram relevantes para a finalização desse trabalho.

Aos **participantes da pesquisa**, especialmente, os juízes enfermeiros que participaram da segunda etapa e às mulheres privadas de liberdade, obrigada pelo aceite de participação na pesquisa e pelas contribuições fornecidas. Vocês foram essenciais para a finalização desse estudo.

RESUMO

O Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável da taxonomia da NANDA *International* apresenta inconsistências em sua estrutura diagnóstica. Novos estudos de validade para esse diagnóstico podem permitir uma revisão de sua estrutura e contribuir para o julgamento clínico dos enfermeiros e implementação de ações educativas que visem prevenir esse fenômeno. O objetivo deste estudo foi analisar as evidências de validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade. Para tanto, foi realizado estudo de métodos múltiplos desenvolvido em três etapas: 1) evidência de validade teórico-causal, 2) evidência de validade de conteúdo por juízes e 3) evidência de validade clínica. Ao final de cada etapa, foi realizada uma proposição diagnóstica com o título, definição, fatores de risco, condições associadas e populações em risco, com base nos resultados encontrados. Na primeira etapa, foi construída a Teoria de Médio Alcance para o Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável com a finalidade de estabelecer a estrutura diagnóstica (definição, fatores de risco, condições associadas e populações em risco), bem como as relações entre os seus componentes e definições conceituais e operacionais. Na segunda etapa, a estrutura diagnóstica foi submetida à análise de conteúdo por 49 enfermeiros, com base no modelo da diversidade preditiva. Na terceira etapa, a estrutura validada quanto ao conteúdo foi avaliada em mulheres privadas de liberdade por meio de estudo caso-controle realizado na Colônia Penal Feminina do Recife, Pernambuco. A amostra foi de 105 mulheres (21 casos e 84 controles). Participaram do grupo caso mulheres que apresentaram pressão arterial desequilibrada e do grupo controle aquelas sem a pressão arterial desequilibrada. O estudo teve parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Pernambuco, sob n.º 5.454.048. A conclusão da etapa 1 permitiu a criação de uma estrutura diagnóstica diferente da NANDA *International*, com novos elementos (título, definição, dez fatores de risco, cinco condições associadas e quatro populações em risco). Na etapa 2, a estrutura do diagnóstico foi mantida com algumas modificações e constatada a relevância dos 19 fatores etiológicos avaliados (mediana ponderada $\geq 0,8$), sendo que um dos fatores de risco foi dividido em dois; cinco fatores etiológicos tiveram seus rótulos modificados, e o título diagnóstico foi reformulado para Risco de pressão arterial desequilibrada. Na etapa 3, os fatores etiológicos que se associaram significativamente à pressão arterial desequilibrada foram duas condições associadas (doença cardiovascular, OR=6,84; IC95%: 2,415 - 19,384, e diabetes - OR=4,06; IC95%: 1,103 - 14,951) e uma população em risco (indivíduos com idade maior que

30 anos, OR=2,8; IC95%: 1,024 -7,654). O processo de validade do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável forneceu evidências atualizadas desse fenômeno, as quais possibilitaram uma reformulação na estrutura diagnóstica, com uma nova proposição. Essas evidências podem contribuir para o julgamento clínico dos enfermeiros, para que possam identificar os fatores de risco e planejar ações de educação em saúde voltadas para o controle/redução desses.

Palavras-chave: estudos de validação; teoria de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; fatores de risco; pressão arterial; mulheres; prisões; educação em saúde.

ABSTRACT

The Nursing Diagnosis Risk for unstable blood pressure in the NANDA International taxonomy presents inconsistencies in its diagnostic structure. New validity studies for this diagnosis may allow a review of its structure and contribute to the clinical judgment of nurses and the implementation of educational actions aimed at preventing this phenomenon. The objective of this study was to analyze the evidence of validity of the Nursing Diagnosis Risk of unstable blood pressure in women deprived of liberty. To this end, a multiple methods study was carried out in three stages: 1) evidence of theoretical-causal validity, 2) evidence of content validity by judges and 3) evidence of clinical validity. At the end of each stage, a diagnostic proposition was made with the title, definition, risk factors, associated conditions and populations at risk, based on the results found. In the first stage, the Middle Range Theory for the Nursing Diagnosis Risk of unstable blood pressure was constructed with the purpose of establishing the diagnostic structure (definition, risk factors, associated conditions and populations at risk), as well as the relationships between its components and conceptual and operational definitions. In the second stage, the diagnostic structure was submitted to content analysis by 49 nurses, based on the predictive diversity model. In the third stage, the structure validated in terms of content was evaluated in women deprived of liberty in a case-control study carried out at the Women's Penal Colony of Recife, Pernambuco. The sample consisted of 105 women (21 cases and 84 controls). Women who had unbalanced blood pressure participated in the case group and those without unbalanced blood pressure participated in the control group. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco, under No. 5.454.048. The conclusion of stage 1 allowed for the creation of a different diagnostic structure to NANDA International, with new elements (title, definition, ten risk factors, five associated conditions and four populations at risk). In stage 2, the diagnostic structure was maintained with some modifications and the relevance of the 19 etiological factors evaluated was verified (weighted median ≥ 0.8), with one of the risk factors being split into two; five etiological factors had their labels modified, and the diagnostic title was reformulated to Risk for imbalanced blood pressure. In stage 3, the etiological factors that were significantly associated with unbalanced blood pressure were two associated conditions (cardiovascular disease, OR=6.84; 95% CI: 2.415 - 19.384, and diabetes - OR=4.06; 95% CI: 1.103 - 14,951) and a population at risk (individuals over 30 years of age, OR=2.8; 95% CI: 1.024 - 7.654). The validity process of the nursing diagnosis Risk for unstable blood pressure

provided updated evidence of this phenomenon, which enabled a reformulation of the diagnostic structure, with a new proposition. This evidence can contribute to nurses' clinical judgment, so that they can identify risk factors and plan health education actions aimed at controlling/reducing them.

Keywords: validation studies; nursing theory; nursing diagnosis; risk factors; blood pressure; women; prisons; health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A pessoa como um sistema holístico. Recife-PE, 2021	40
Figura 2 – Fluxograma das etapas do método para validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2021	44
Figura 3 – Fluxograma das fases da construção da TMA. Recife- PE, 2021	45
Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados. Recife-PE, 2021	49
Quadro 2 – Variáveis avaliadas na coleta de dados da evidência de validade clínica. Recife-PE, 2023	60
Figura 4 – Fluxograma do processo de cálculo das médias de pressão arterial para alocação das mulheres nos grupos caso e controle. Recife-PE, 2023	62
Figura 5 – Fluxograma do processo de seleção e exclusão das publicações com base no diagrama do PRISMA. Recife-PE, 2021	66
Quadro 3 – Atributos essenciais e antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade categorizados em fatores de risco, condições associadas e populações em risco. Recife-PE, 2022	67
Quadro 4 – Antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade categorizados conforme o MAR em estímulos focais, contextuais e residuais. Recife-PE, 2022	68
Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2022	69
Figura 6 – Pictograma dos conceitos relacionados ao Risco de padrão pressórico desequilibrado nas mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2022	74
Quadro 6 – Comparativo entre a proposta do DE Risco de pressão arterial instável pela NANDA-I e pela TMA. Recife-PE, 2022	81
Quadro 7 – Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022	88

Quadro 8 – Comparativo entre a proposta do DE Risco de pressão arterial instável pela TMA e pela evidência de validade de conteúdo. Recife-PE, 2022	97
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009). Recife-PE, 2022	55
Tabela 2 – Dimensões do manguito conforme a circunferência do braço. Recife-PE, 2022 ...	63
Tabela 3 – Caracterização dos juízes participantes da etapa de validade de conteúdo do DE Risco de pressão arterial instável. Recife-PE, 2022	82
Tabela 4 – Dados referentes à escolha da adequação do título e da definição do DE Risco de pressão arterial instável pelos juízes, com base na proposta da NANDA-I e da TMA construída. Recife-PE, 2022.....	84
Tabela 5 – Análise da validade de conteúdo da relevância dos fatores etiológicos emergidos da TMA. Recife-PE, 2022	85
Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica das mulheres do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023	98
Tabela 7 – Caracterização da pressão arterial das participantes do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023	100
Tabela 8 – Distribuição das razões de chance dos fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial desequilibrada entre as participantes do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023	101

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	17
2	INTRODUÇÃO	19
3	HIPÓTESE.....	24
4	OBJETIVOS	25
4.1	OBJETIVO GERAL.....	25
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	26
5.1	PRESSÃO ARTERIAL: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E FISIOPATOLÓGICOS.....	26
5.2	PERFIL E ASPECTOS RELACIONADOS À EDUCAÇÃO E SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE	28
5.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DE ALTERAÇÕES DA PRESSÃO ARTERIAL EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE	32
6	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	35
6.1	O PROCESSO DE VALIDADE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	35
6.2	O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY	39
7	MÉTODO	44
7.1	TIPO DE ESTUDO	44
7.2	PRIMEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL.....	45
7.2.1	Fase 1: Definição da abordagem para construção da TMA	45
7.2.2	Fase 2: Definição dos modelos conceituais	46
7.2.3	Fase 3: Definição dos conceitos principais	46
7.2.3.1	Revisão Integrativa de Literatura	47
7.2.4	Fase 4: Desenvolvimento do diagrama pictórico	50
7.2.5	Fase 5: Construção das proposições teóricas	51
7.2.6	Fase 6: Estabelecimento das relações causais e evidências para a prática.....	51

7.3	SEGUNDA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CONTEÚDO POR JUÍZES	51
7.3.1	Seleção de juízes.....	52
7.3.2	Procedimento para coleta de dados e instrumento.....	52
7.3.3	Análise e organização dos dados	53
7.4	TERCEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE CLÍNICA.....	56
7.4.1	Local do estudo	56
7.4.2	População, amostra e amostragem	57
7.4.3	Instrumento de coleta de dados.....	58
7.4.4	Procedimento para coleta de dados	61
7.4.5	Organização e análise dos dados	64
7.5	ASPECTOS ÉTICOS	64
8	RESULTADOS	65
8.1	PRIMEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL.....	65
8.1.1	Identificação dos principais conceitos: atributos essenciais e antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade:	65
8.1.2	Definições conceituais e operacionais dos antecedentes do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade:	68
8.1.3	Diagrama pictórico do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade:	74
8.1.4	Proposições da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade:	75
8.1.5	Relações causais entre os conceitos do Risco de padrão pressórico desequilibrado:	76
8.1.6	Proposta do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável:	80
8.2	SEGUNDA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CONTEÚDO POR JUÍZES	82
8.2.1	Caracterização dos juízes.....	82

8.2.2	Título e definição do DE Risco de pressão arterial instável	83
8.2.3	Análise da validade de conteúdo dos fatores etiológicos emergidos da TMA	84
8.2.4	Proposta da estrutura do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável	96
8.3	TERCEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE CLÍNICA.....	98
8.3.1	Caracterização das mulheres privadas de liberdade	98
8.3.2	Análise da validade clínica dos fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial desequilibrada em mulheres privadas de liberdade	100
9	DISCUSSÃO	104
9.1	PRIMEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL.....	104
9.2	SEGUNDA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CONTEÚDO POR JUÍZES	110
9.3	TERCEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CLÍNICA	113
10	CONCLUSÃO.....	122
	REFERÊNCIAS	124
	APÊNDICE A – PROTOCOLO REVISÃO INTEGRATIVA	138
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA	140
	APÊNDICE C – CARTA-CONVITE AOS JUÍZES.....	142
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS JUÍZES	143
	APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM OS JUÍZES	146
	APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM AS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE.....	158
	APÊNDICE G - PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO PARA A COLETA DE DADOS COM AS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE	165

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE.....	174
APÊNDICE I - SUMARIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA COM OS ATRIBUTOS E ANTECEDENTES CLÍNICOS DO RISCO DE PADRÃO PRESSÓRICO DESEQUILIBRADO EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE.....	177
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UFPE.....	181

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelo objeto de estudo da Tese ocorreu com base em minhas vivências em toda a trajetória acadêmica e profissional. No penúltimo ano da graduação em enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 2013, tive contato com as mulheres privadas de liberdade ao participar de um projeto de extensão na Colônia Penal Feminina do Recife (CPFR), presídio onde desenvolvi intervenções educativas voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva daquelas mulheres.

Nessa mesma época, tive vivências em um projeto de pesquisa que tinha o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nas mulheres que estavam na referida instituição penal. Durante a coleta de dados, aproximei-me dessa população e pude reconhecer suas inúmeras vulnerabilidades e perceber a necessidade de melhorias na assistência à saúde para que os fatores de risco que estavam sendo identificados pudessem ser minimizados/controlados.

O desejo de me aprofundar nas questões relacionadas à saúde das mulheres privadas de liberdade continuou vivo na época do mestrado acadêmico, que fiz no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE (PPGENF/UFPE), com início em 2017. Nesse momento, minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Francisca Márcia Pereira Linhares, trouxe a proposta de validar um Diagnóstico de Enfermagem (DE) da NANDA *International* (NANDA-I) (Risco de função cardiovascular prejudicada) a partir da avaliação de mulheres privadas de liberdade. Essa proposta surgiu no intuito de, ao trabalhar com um DE, agregar minha expertise na área de cardiologia, além da experiência com as mulheres privadas de liberdade. No mesmo ano eu havia me tornado especialista em cardiologia pelo Programa de Residência de Enfermagem em Cardiologia do Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) da Universidade de Pernambuco (UPE).

Assim, no mestrado, aprofundei meus conhecimentos no campo das pesquisas que envolvem os processos de validade de DE; tive a experiência de passar um mês na Universidade Federal do Ceará (UFC) sob a supervisão do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, um dos autores do referencial metodológico utilizado na dissertação. Esse momento foi de muito aprendizado e crescimento, contribuindo para que eu me aproximasse ainda mais da temática.

Na primeira etapa da dissertação, foi possível construir uma análise de conceito sobre a temática do diagnóstico analisado e me aprofundar na literatura científica para esse público. Mediante os resultados dos estudos e a construção da análise conceitual, identificamos que as

mulheres privadas de liberdade apresentavam uma modificação no seu padrão de morbidade, em que as doenças crônicas tinham prevalências consideráveis, em detrimento das doenças infecciosas e transmissíveis. Nesse ínterim, também participei de outro projeto de extensão no mesmo presídio, cujo objetivo era o desenvolvimento de ações educativas na temática de primeiros socorros. Essa nova aproximação com as mulheres privadas de liberdade reafirmava meu desejo de continuar os estudos com essa população.

Com a aprovação no doutorado acadêmico do PPGENF/UFPE, em 2021, sob orientação novamente da Prof.^a Dr.^a Francisca Márcia Pereira Linhares, surgiu o interesse em validar um novo DE da NANDA-I, com a mesma população. Esse diagnóstico foi o Risco de pressão instável, objeto de estudo desta Tese, o qual passou pelas três etapas de validade para DE. Vislumbro que o presente estudo possa trazer contribuições para a enfermagem, especialmente, no âmbito do avanço do conhecimento científico para a taxonomia da NANDA-I e para a população estudada, no escopo da prevenção cardiovascular e das doenças que alteram a pressão arterial.

2 INTRODUÇÃO

Alterações progressivas da pressão arterial levam ao desequilíbrio dessa pressão para fora da faixa de variação considerada normal, o que pode contribuir para o desenvolvimento de patologias com consequências relevantes para a saúde cardiovascular, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Níveis pressóricos elevados são associados a um maior risco de complicações cardiovasculares (BARROSO et al., 2021). Ademais, pessoas pré-hipertensas, com Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 130 - 139 mmHg e/ou 85 - 89 mmHg de Pressão Arterial Diastólica (PAD) têm 40% maior risco de apresentarem eventos cardiovasculares (HAN et al., 2019).

Por ser uma condição que pode ser prevenida com medidas que estimulem mudanças no estilo de vida e redução/controle dos fatores de risco, a elevação da pressão arterial merece especial atenção, principalmente em populações vulneráveis (BARROSO et al., 2021). As pessoas privadas de liberdade possuem elevada vulnerabilidade para a elevação da pressão arterial, já que convivem em ambiente insalubre e com alguns fatores potencializados no meio prisional (SILVA et al., 2020a).

Há uma tendência para alterações da pressão arterial durante o encarceramento, especialmente, a elevação, a qual pode ser atribuída à vivência em espaço limitado e superlotado, com alto nível de ruído e presença de relações conflituosas e ameaçadoras que ocasionam um ambiente estressante (BONDOLFI et al., 2020).

Especialmente para as mulheres privadas de liberdade, constata-se que essas possuem na prisão menos programas e atividades recreativas quando comparadas aos homens, o que colabora para o sedentarismo e o ganho de peso nessa população. Esses fatores, além de aumentarem o risco cardiovascular dessas mulheres, também possuem influência na pressão arterial. Aliado a isso, têm-se também os altos índices de tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas (SILVA et al., 2020a). Outro fator de risco relatado é o tipo de alimentação servida nos presídios, que tende a ser rica em calorias e sódio, fato que também está relacionado ao aumento da pressão arterial e outras DCV (AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017).

Dessa forma, a melhoria da saúde cardiovascular das mulheres privadas de liberdade por meio da promoção da saúde com enfoque em ações educativas deve ser uma meta relevante nos ambientes prisionais; a adesão aos hábitos saudáveis dentro e fora desse cenário ocasionará impacto nos indicadores de saúde da população em geral e na redução dos custos dos cuidados (GALVÃO et al., 2019; CABRAL et al., 2023).

A promoção da saúde e a prevenção de agravos no sistema carcerário brasileiro estão previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a qual garante o provimento de uma atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. Para essa política, a unidade básica de saúde prisional passa a ser um ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a equipe de saúde de atenção primária prisional composta pelos mesmos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2014a).

Dentre os profissionais da equipe de atenção primária prisional, destaca-se o enfermeiro, por ser membro fundamental na prestação de uma assistência integral à saúde de forma holística e com vistas à promoção da saúde no ambiente prisional (JOHNSON et al., 2018). O cuidado do enfermeiro no sistema prisional, assim como em qualquer cenário, deve ser realizado com base no Processo de Enfermagem (PE) (BRASIL, 2009). O foco deve ser a identificação de fatores de risco para agravos à saúde, planejamento e execução de ações de educação em saúde voltadas para a promoção de estilo de vida saudável e que contribuam para o controle de tais fatores de risco em pessoas privadas de liberdade (SILVA et al., 2020a).

O PE é considerado uma ferramenta metodológica que orienta e qualifica a assistência de enfermagem, quando empregado adequadamente. É realizado de forma sistemática e dinâmica por meio de cinco etapas interligadas e interdependentes: coleta de dados, DE, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (BRASIL, 2009). A segunda etapa, o DE, é definida pela NANDA-I como 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; LOPES, 2021).

O processo de identificação dos DE é complexo, por se tratar de uma interpretação de respostas humanas relacionadas à saúde, a qual direcionará a escolha de intervenções de enfermagem adequadas. Essa interpretação é passível de erros, já que os enfermeiros podem identificar poucos elementos para afirmar um diagnóstico, pois, frequentemente, os clientes não apresentam todas as manifestações indicadas na classificação diagnóstica. Além disso, outro fato que também colabora para os erros é que vários diagnósticos apresentam características definidoras semelhantes (BARROS et al., 2021).

Na busca de uma interpretação das respostas humanas altamente acurada, faz-se necessário que os enfermeiros utilizem o julgamento clínico e o pensamento crítico para direcionar a sua tomada de decisão no processo de raciocínio diagnóstico (BARROS et al.,

2021; CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017). Além disso, há a necessidade de desenvolvimento de estudos de validade de diagnóstico que contribuam para o aperfeiçoamento de conceitos e elementos relacionados ao DE. Tais estudos podem favorecer que o DE e sua estrutura sejam mais aplicáveis ao cotidiano profissional, o que contribui para uma interpretação de respostas humanas mais acuradas (OLIVEIRA et al., 2013).

Diante do exposto, apresenta-se, neste estudo, o DE Risco de pressão arterial instável para ser estimada sua validade, com a finalidade de ampliar os seus componentes (fatores de risco, condições associadas e populações em risco) e facilitar sua identificação na prática clínica do enfermeiro. O referido diagnóstico se encontra na Classificação da NANDA-I no domínio 4 (atividade e repouso), classe 4 (respostas cardiovasculares/pulmonares) com nível de evidência 2.1 e é definido pela NANDA-I como “susceptibilidade a forças flutuantes do sangue fluindo através dos vasos arteriais que pode comprometer a saúde” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021, p. 306).

Os fatores de risco descritos para esse DE são inconsistência com o regime medicamentoso e ortostasia. As condições associadas são: efeitos adversos de preparações farmacêuticas, efeitos adversos de cocaína, disritmia cardíaca, síndrome de *Cushing*, retenção de fluidos, mudanças de fluido, mudanças hormonais, hiperparatireoidismo, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipertensão intracraniana, preparações farmacêuticas, rápida absorção e distribuição de preparações farmacêuticas, respostas do simpático. Não há populações em risco descritas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Estudos de validade com o referido DE são necessários para clarificar a definição diagnóstica, e deixar a sua estrutura com maior nível de acurácia, passível de aplicação a diversas realidades e populações, a partir do acréscimo de fatores etiológicos. Assim, este estudo pode avançar nas contribuições para aumentar o nível de evidência desse diagnóstico, já que atualmente esse é considerado baixo. Ademais, esse processo pode trazer modificações relevantes para os fatores etiológicos do DE, que são os fatores de risco, condições associadas e populações em risco. Desses, destacam-se os fatores de risco, os quais se relacionam diretamente com a atuação do enfermeiro ante o fenômeno identificado, visto que, são os elementos do diagnóstico que podem ser modificados de forma independente pelas intervenções de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

O processo de validade do DE Risco de pressão arterial instável contribui ainda para que, a partir da identificação de fatores de risco e da inferência diagnóstica, os enfermeiros que atuam com a população privada de liberdade feminina possam planejar ações educativas

voltadas para a prevenção de alterações da pressão arterial de forma mais específica, considerando as particularidades que são inerentes a esse contexto. Dentre as principais medidas preventivas que podem ser realizadas para abordar fatores de risco modificáveis por meio de educação em saúde nos presídios, têm-se: o estímulo ao controle da pressão arterial, do tabagismo, do ganho de peso, melhora nutricional (com foco na redução de sódio da dieta) e promoção de atividade física regular (BARROSO et al., 2021; CABRAL et al., 2023).

É importante salientar que as ações de educação em saúde devem ocorrer por meio de compartilhamento de saberes, interação, comunicação e estímulo ao protagonismo dos participantes. O objetivo deve ser o estímulo ao pensamento crítico e empoderamento dos indivíduos, respeitando o seu meio social e suas condições de vida e saúde (MAIA et al., 2018).

A análise da validade do DE Risco de pressão arterial instável seguiu três etapas: evidência de validade teórico-causal (construção de Teoria de Médio Alcance -TMA), evidência de validade de conteúdo por juízes e evidência de validade clínica. A TMA tem sido recomendada como primeira etapa do processo de validade de um DE (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017), ao contribuir para o aprimoramento e fundamentação dos conceitos das taxonomias de enfermagem (BLENGEN; TRIPP-REIMER, 1997). O propósito de uma TMA é relatar, elucidar ou prever fenômenos de enfermagem, assim como guiar ações e modificar condições de determinada situação com vistas a fornecer subsídios para o cuidado de enfermagem, contribuindo para o aperfeiçoamento da ciência e da prática (MCEWEN; WILLS, 2016).

As TMA são aplicadas com maior facilidade na prática e como estrutura de pesquisa, assim, permitem uma maior correlação entre a teoria, a pesquisa e a prática da enfermagem. A construção desse tipo de teoria possibilita a elaboração de uma estrutura para interpretar fenômenos, oferece uma base para o entendimento das relações entre um diagnóstico e resultados, bem como entre intervenções e resultados (MCEWEN; WILLS, 2016). Quando utilizada para a construção dos DE, as TMA possibilitam identificar atributos essenciais, antecedentes clínicos e indicadores clínicos do DE, bem como o estabelecimento de inter-relações causais (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Para a construção da TMA é necessário utilizar um modelo conceitual abrangente na área de enfermagem (BRANDÃO et al., 2017). Assim, a TMA voltada para a validade do DE Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade foi embasada nos conceitos do Modelo de Adaptação de Roy (MAR) (ROY, 2009). O referido modelo tem sido a base teórica mais utilizada no desenvolvimento das TMA na enfermagem (LEANDRO et al., 2020).

Para o MAR, os indivíduos são como um sistema holístico que consegue se adaptar e gerar mudanças conforme as interações com o ambiente em que está inserido. Esse sistema é constituído por um conjunto de múltiplas partes que devem funcionar articuladamente. Dentre as partes do sistema, destacam-se: entradas (estímulos), saídas (comportamentos), controles (mecanismo de enfrentamento) e retroalimentação, sendo cada uma delas relevante para o desenvolvimento de respostas adaptativas, as quais devem ser promovidas pela enfermagem por meio de modificação de estímulos e comportamentos (ROY, 2009).

Esse modelo foi escolhido por considerar que as mudanças vivenciadas pelas mulheres privadas de liberdade ao adentrar na prisão interferem diretamente em diversos aspectos da saúde, inclusive na saúde cardiovascular, por se tratar de um ambiente de superlotação, com alto nível de estresse e acesso precário ao sistema de saúde, além de poucas oportunidades de modificação de estilo de vida. Essas características ocasionam adaptações no modo de vida e repercussões importantes para a pressão arterial dessas mulheres, conforme foi abordado anteriormente. Nesta perspectiva, considera-se que esses aspectos necessitam de investigação sob a ótica do MAR, inclusive para favorecer que a enfermagem possa atuar sobre o problema adaptativo pressão arterial instável por meio de ações de educação em saúde direcionadas aos estímulos identificados (fatores de risco).

Diante do exposto, este estudo visa responder à seguinte pergunta de pesquisa: quais as evidências de validade do DE “Risco de pressão arterial instável” para mulheres privadas de liberdade, com base na definição, fatores de risco, populações em risco e condições associadas, emergidos da TMA?

3 HIPÓTESE

Existem suficientes evidências de validade do DE Risco de pressão arterial instável, estruturado com base em uma teoria de médio alcance, que justificam sua aplicabilidade ao contexto de mulheres privadas de liberdade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as evidências de validade do DE Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver TMA para definir e explicar os elementos que colaboram para a ocorrência do DE Risco de pressão arterial instável;
- Analisar o conteúdo do DE Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade, segundo os juízes;
- Verificar a validade clínica dos fatores de risco, condições associadas e populações em risco do DE Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 PRESSÃO ARTERIAL: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E FISIOPATOLÓGICOS

A pressão arterial sanguínea é dada pela interação entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica, os quais garantem uma adequada perfusão de oxigênio e nutrientes aos tecidos. Para isso, é necessário que esteja inserida em determinada faixa de variação, conforme as peculiaridades de cada indivíduo, em condições normais. Diversas condições podem facilmente alterar os valores da pressão arterial, entretanto, geralmente o corpo humano é capaz de se ajustar às alterações pressóricas agudas. Quando essas alterações são recorrentes, pode haver variações crônicas e disfunção dos mecanismos reguladores da pressão (SHAHOU; SANVICTORES; AEDDULA, 2022).

Os mecanismos reguladores da pressão arterial modulam-na para que retorne aos níveis tensionais normais, garantindo a adequada perfusão tecidual. O controle da pressão arterial ocorre por mecanismos diversos, podendo esses ser de natureza neural, via sistema nervoso autônomo, pela inervação no coração e vasos sanguíneos ou de natureza hormonal, mediante o sistema renina-angiotensina. Além desses, têm-se os mecanismos reflexos, como o barorreflexo, os reflexos cardiopulmonares, o quimiorreflexo e o reflexo renorrenal (MAUAD; CABRAL; VASQUEZ, 1997; SHAHOU; SANVICTORES; AEDDULA, 2022).

A disfunção dos mecanismos reguladores e o desequilíbrio da pressão arterial para fora da faixa de variação normal podem ocasionar a elevação ou redução dessa pressão e, conseqüentemente, condições como a hipertensão ou hipotensão, as quais podem trazer conseqüências relevantes para o organismo humano. A hipotensão é dada pela pressão arterial reduzida, geralmente em valores menores ou iguais a 90 mmHg de PAS e 60 mmHg de PAD (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2023). Hipotensão ortostática ocorre quando há uma redução na PAS ≥ 20 mmHg ou na PAD ≥ 10 mmHg no terceiro minuto em pé e está associada a um risco aumentado de mortalidade e eventos cardiovasculares (BARROSO et al., 2021).

No Brasil, a pressão arterial é classificada atualmente conforme seus valores em ótima, normal, pré-hipertensão e hipertensão. A faixa pressórica ótima é aquela < 120 mmHg de PAS e < 80 mmHg de PAD, a normal é de 120 - 129 mmHg de PAS e/ou 80 - 84 mmHg de PAD, pré-hipertensão de 130 - 139 mmHg de PAS e/ou 85 - 89 mmHg de PAD e HAS valores acima de 140 mmHg de PAS e/ou maior que 90 mmHg de PAD (BARROSO et al., 2021).

A HAS é considerada importante problema de saúde pública, é uma doença de origem multifatorial, frequentemente assintomática, que pode evoluir para alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Pode apresentar-se de forma primária, quando vários fatores contribuem para a sua gênese, ou secundária, que é aquela com uma causa identificável. É classificada, ainda, como o principal fator de risco modificável para DCV, doença renal crônica e morte prematura (BARROSO et al., 2021).

A prevalência autorreferida de HAS, no Brasil, é em torno de 24,2% para mulheres e 18,3% para homens. Esses valores aumentam, ao considerar as medidas de pressóricas aferidas e uso de medicação anti-hipertensiva, para 31,7% em relação às mulheres e 33% para os homens (BARROSO et al., 2021). Para as mulheres encarceradas, a HAS tem prevalência em torno de 24%, apresentando-se em maior número em mulheres jovens, com uma média de 33 anos (LEAL et al., 2022; SILVA et al., 2023).

Evidências demonstram que pessoas com valores pressóricos mais elevados, mesmo sem serem classificadas hipertensas, como as pré-hipertensas, devem ser melhor avaliadas e estratificadas, já que apresentam maior risco de complicações cardiovasculares como a cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e doença renal crônica, além de mortalidade precoce (BARROSO et al., 2021).

Algumas diretrizes mundiais modificaram seus pontos de corte para diagnóstico da HAS, estabelecendo valores pressóricos menores. É o caso das diretrizes da *American Heart Association*, as quais estabelecem que níveis pressóricos maiores ou iguais a 130 x 80 mmHg devem ser considerados como HAS (WHELTON et al., 2022).

Estudo de metanálise evidenciou que a pré-hipertensão aumentou em 40% o risco total de doenças, sendo que 12,09% das DCV; 13,26% das doenças coronarianas; 24,60% dos infartos do miocárdio; e 19,15% dos acidentes vasculares encefálicos poderiam ser prevenidos com o controle eficaz da pressão arterial. Diante desses achados, considera-se relevante uma atenção especial às pessoas com pré-hipertensão (HAN et al., 2019).

Os fatores de risco para a HAS, em sua maioria, são classificados como modificáveis por meio de mudanças de comportamento. Dentre esses, citam-se: sobrepeso/obesidade, ingestão de sódio e potássio, sedentarismo, uso de álcool, uso de medicações e drogas ilícitas. Existem também os fatores de risco não modificáveis como genética, idade, sexo, etnia e apneia obstrutiva do sono, além de alguns fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade, condições de moradia inadequada e baixa renda familiar (BARROSO et al., 2021).

Por estar associada a um baixo nível socioeconômico, a HAS merece especial atenção, principalmente, em populações que apresentam essa vulnerabilidade (BARROSO et al., 2021). Nesse sentido, as mulheres privadas de liberdade se apresentam como uma população de elevada vulnerabilidade socioeconômica (PEDROSA et al., 2020) e de saúde (SANTOS et al., 2017). Em relação à saúde, alguns estudos demonstram que a HAS é uma doença frequentemente encontrada nessa população (SILVA et al., 2020a), e o meio prisional tende a favorecer o aumento da pressão arterial (BONDOLFI et al., 2020).

Os fatores de risco para elevação da pressão arterial das mulheres encarceradas são os mesmos da população em geral, sendo predominantes: tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, alimentação rica em sódio (BONDOLFI et al., 2020) e o uso de álcool e drogas ilícitas (SILVA et al., 2020a). Alguns outros fatores são peculiares ao contexto prisional e, também, contribuem para elevação da PA, como a má qualidade do sono (HACHBARDT et al., 2020) o ambiente superlotado, ruidoso, as relações conflituosas e ameaçadoras e o consequente alto nível de estresse nesse meio (BONDOLFI et al., 2020). Dessa forma, ressalta-se a importância de compreender melhor as especificidades e particularidades acerca das características sociais e de saúde das mulheres privadas de liberdade.

5.2 PERFIL E ASPECTOS RELACIONADOS À EDUCAÇÃO E SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

No mundo, há aproximadamente mais de 740.000 mulheres privadas de liberdade, o que representa cerca de 6,9% da população carcerária mundial. Os países com maiores contingentes de mulheres encarceradas são Estados Unidos da América (EUA), China, Brasil, Rússia e Tailândia (FAIR; WALMSLEY, 2022). O Brasil ocupa a terceira posição mundial dentre os países com mais pessoas privadas de liberdade (FAIR; WALMSLEY, 2021).

Houve um aumento de cerca de 60% de mulheres presas desde os anos 2000, em todos os continentes. Nas Américas e na Oceania, o aumento de prisioneiras ultrapassou o crescimento da população geral. Já na Ásia, esse número mais do que duplicou. Na África, aumentou lentamente e, na Europa, houve uma redução do crescimento em comparação com a população geral. Especificamente, no Brasil, tem-se um aumento considerável de mulheres encarceradas, com um quantitativo mais do que quadruplicado desde os anos 2000 (FAIR; WALMSLEY, 2022).

Mundialmente, o quantitativo das mulheres em privação de liberdade aumenta em ritmo mais acelerado que o de homens (FAIR; WALMSLEY, 2022). Esse crescimento desordenado e acelerado das mulheres privadas de liberdade gera superlotação em um ambiente físico limitado, já que não tem ocorrido a melhoria da infraestrutura concomitante a esse aumento de mulheres no sistema prisional (SANTOS et al., 2018a).

Em relação ao perfil das mulheres privadas de liberdade, essas são, em sua maioria, jovens, pardas e negras, com poucos anos de estudos e com filhos. O principal motivo de condenação são crimes relacionados ao tráfico de drogas (BRASIL, 2020a). Há, também, predominância de mulheres com baixo nível socioeconômico e sem ocupação laboral antes do encarceramento, fato que contribui de forma relevante para a inserção da mulher em atividades ligadas ao crime (SANTOS et al., 2018b).

Nesse contexto de encarceramento feminino, destacam-se as questões relacionadas ao gênero, visto que, frequentemente, as mulheres não são completamente atendidas em relação a essas necessidades (SANTOS et al., 2018a). As prisões foram projetadas por homens e para homens, entretanto, com o aumento exponencial de mulheres presas, necessitou-se de adaptações e políticas que prezassem por especificidades femininas (PENAL REFORM INTERNATIONAL, 2015).

A Lei de Execução Penal (LEP) brasileira garante às pessoas privadas de liberdade a assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. No âmbito da educação, é dever do estado a assistência educacional por meio da instrução escolar e formação profissional dos detentos. Assim, o ensino ministrado aos homens e mulheres em situação de prisão deve ser integrado ao sistema estadual e municipal de educação. Para as mulheres, a lei garante, também, ensino profissional adequado às condições femininas (BRASIL, 1984).

No âmbito educacional, houve alguns avanços no aparato legal, os quais ratificam a educação como um direito da pessoa privada de liberdade, dentre eles: Diretrizes Nacionais para a Oferta de Educação para Jovens e Adultos em Situação de Privação de Liberdade nos Estabelecimentos Penais (BRASIL, 2010); o Plano Estratégico de Educação no âmbito do Sistema Prisional (BRASIL, 2011a); e Lei n.º 12.433/2011, que modifica a LEP, colocando a educação como fator de remição de parte do tempo da sentença que levou à prisão (BRASIL, 2011b).

Reflete-se que, mesmo com todo esse arcabouço legal, a educação fornecida às pessoas privadas de liberdade no interior das prisões se apresenta de forma precária, constatada por fatores tais como: baixo número de vagas, estrutura física deficiente, quadro de pessoal pouco

capacitado, projeto pedagógico e de currículo pouco alinhados às demandas do contexto prisional, com vistas à reinserção social. Para as mulheres, especificamente, têm-se as questões relacionadas às desigualdades de gênero que se refletem nas poucas oportunidades de educação para mulheres presas ou, quando ocorre, é de modo restritivo (SOUZA; NONATO; FONSECA, 2020).

Em consonância às leis e diretrizes já mencionadas, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), visa garantir os direitos das mulheres privadas de liberdade, bem como reformular as práticas do sistema prisional brasileiro. Essa política defende 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. Também, estimula a realização de estudos com essas mulheres, com vistas à consolidação de dados em uma perspectiva de gênero e a divulgação de aspectos relativos à saúde/doença dessas mulheres (BRASIL, 2014b).

No âmbito da saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) surge com o objetivo de garantir uma atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. Essa política torna a unidade de saúde prisional um ponto de atenção da RAS do SUS, com a atuação de equipes multiprofissionais habilitadas, e estimula a realização de ações para promoção de saúde e prevenção de agravos decorrentes do aprisionamento (BRASIL, 2014a).

Embora se tenha avançado nas políticas para mulheres privadas de liberdade, percebe-se que tanto as políticas públicas como os procedimentos penitenciários ainda não atendem a todas as especificidades femininas, deixando essas mulheres vulneráveis. A vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade se apresenta especialmente sob a ótica de questões socioeconômicas e afetivas. Quando comparadas aos homens durante o encarceramento, as mulheres têm menos acesso à educação, possuem menor renda financeira, recebem menor apoio familiar e conjugal, bem como menos visitas da família. Essas questões promovem grande impacto na estruturação familiar dessas mulheres (PEDROSA et al., 2020).

Além do impacto na estruturação familiar, têm-se também os impactos na saúde física e mental dessas mulheres. Inúmeros são os fatores que afetam a saúde das mulheres privadas de liberdade, dentre eles: adaptação alimentar que, muitas vezes, é composta de alimentos que não atendem às necessidades nutricionais. Somado a isso, muitas mulheres se tornam sedentárias e ganham peso na prisão, apresentando sobrepeso, obesidade e doenças crônicas

relacionadas, como hipertensão e diabetes. Também é comum a presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), tais como: sífilis, HIV e AIDS (SANTOS et al., 2017).

Associados a esses fatores, o tabagismo e o consumo de álcool e drogas ilícitas também se apresentam como fatores de risco relevantes e fortemente presentes no ambiente prisional feminino. Destaca-se, ainda, a vivência de estresse excessivo no ambiente prisional, o que pode contribuir para o adoecimento mental dessas mulheres, que apresentam frequentemente sintomas ansiosos e depressivos. Todos esses fatores têm impacto considerável na saúde cardiovascular dessas mulheres (SILVA et al., 2020a).

A saúde cardiovascular das mulheres privadas de liberdade é afetada pela convivência com diversos fatores de risco relacionados a hábitos de vida iniciados ou continuados durante o encarceramento. Constatou-se a presença do DE Risco de função cardiovascular prejudicada nessas mulheres, sendo identificados e validados os seguintes fatores etiológicos: conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco cardiovascular, sedentarismo, sobrepeso, obesidade, tabagismo, alimentação não saudável, ansiedade, consumo nocivo de bebida alcoólica, estresse, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, consumo de drogas ilícitas, depressão, síndrome metabólica, antecedentes pessoais e familiares de doença cardiovascular e a menopausa (SILVA et al., 2021).

Outros fatores também podem influenciar a saúde das mulheres privadas de liberdade. Estudo brasileiro realizado em uma colônia penal feminina situada em Recife/Pernambuco, identificou os principais diagnósticos de enfermagem e destacou os mais frequentes: risco de infecção, ingesta de líquidos diminuída, sono prejudicado, abuso de fumo e comportamento de busca de saúde comprometido. A identificação desses DE corrobora a presença dos diversos fatores de risco descritos, o que aumenta a vulnerabilidade das mulheres encarceradas, bem como, evidencia o comprometimento biopsicossocial dessas (FERREIRA et al., 2016).

No contexto de saúde desse grupo de mulheres, percebem-se dificuldades em relação ao acesso a cuidados de saúde resolutivos, dentro da prisão. Há predomínio de ações de saúde curativistas e pouco preventivas (SANTOS et al., 2017), o que contribui para o adoecimento e potencializa fatores de risco para doenças. Além disso, as ações de saúde realizadas nesses ambientes são frequentemente limitadas e há poucas oportunidades de modificação de fatores de risco nesse contexto (SILVA et al., 2020a).

Assim, torna-se relevante realizar ações de educação em saúde para a promoção de hábitos de vida saudáveis no ambiente prisional feminino. Tais ações facilitarão o retorno dessas mulheres ao convívio com a sociedade, evitando que tenham restrições em relação aos

problemas de saúde que foram adquiridos ou potencializados durante o encarceramento (SANTOS et al., 2017).

5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DE ALTERAÇÕES DA PRESSÃO ARTERIAL EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

O desenvolvimento de ações de educação em saúde voltadas para a promoção de hábitos de vida saudáveis tem potencial para empoderar os indivíduos e, assim, contribuir para mudanças de comportamento em relação ao estilo de vida. Sabe-se que um estilo de vida saudável está relacionado a uma boa saúde física e mental, além de configurar estratégia para prevenção/controlar de fatores de risco modificáveis de várias Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2020b).

A maioria dos fatores de risco para alterações da pressão arterial está relacionada à elevação dos níveis pressóricos das mulheres privadas de liberdade. Esses fatores são considerados modificáveis por meio de mudanças comportamentais, assim, medidas de prevenção que estimulem mudança de comportamento, como: o controle de peso corporal, uma dieta saudável e com baixo teor de sódio; a realização de atividades físicas regulares; a moderação no consumo de álcool; o controle do tabagismo e do estresse emocional; e o fortalecimento da espiritualidade são boas opções para modificação do estilo de vida e, conseqüentemente, prevenção da HAS (BARROSO et al., 2021).

As intervenções específicas para os casos de redução da pressão arterial podem ser por meio de medidas preventivas norteadas por ações educativas que envolvem mudança comportamental. Dentre essas medidas, têm-se as seguintes orientações: alimentação em quantidades menores e horários mais frequentes; aumento da ingestão hídrica; dormir com a cabeceira elevada; e manobras físicas como cruzar as pernas, contração das pernas e inclinação para frente nos casos de maiores sintomas de hipotensão (visão turva, sudorese, palidez e cefaleia). Nesses momentos, o foco principal deve ser a segurança da pessoa por meio da redução do risco de queda da própria altura, e de eventos cardiovasculares (LOGAN et al., 2020).

A educação em saúde deve ser estimulada como estratégia para trabalhar as medidas de prevenção acima descritas. Deve ocorrer em diversos espaços sociais (escolas, equipes de instituições, mídia, centros de saúde, empresas e comunidade) e vislumbrar a multiplicação do conhecimento e o empoderamento dos indivíduos com vistas ao favorecimento de mudanças de

comportamento. Em consonância, outras medidas também devem ser adotadas para favorecer a prevenção das alterações da pressão arterial, como, por exemplo, o fortalecimento de normas governamentais para reduzir o teor de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados e melhorias nos conteúdos nutricionais dos rótulos alimentares (BARROSO et al., 2021).

Os ambientes prisionais tendem a ser excluídos das estratégias de prevenção baseadas em intervenções de mudança de comportamento, aconselhamento individual e educação de habilidades comportamentais. Entretanto, faz-se relevante a implementação de intervenções para a promoção da saúde cardiovascular de pessoas presas. Estimular indivíduos privados de liberdade a mudar seus comportamentos de saúde durante o encarceramento pode melhorar a saúde cardiovascular e geral durante o período de reclusão e auxiliar a melhoria da saúde daquelas pessoas que eventualmente serão reintegradas à comunidade (HACHBARDT et al., 2020).

Ações educativas são um recurso relevante para o tratamento não medicamentoso e podem trazer repercussões positivas para a adesão terapêutica, o controle da doença e, especialmente, para a melhoria dos níveis de pressão arterial (MACHADO et al., 2016). Várias são as estratégias que podem ser utilizadas para a realização de ações de educação em saúde para as pessoas com HAS. O monitoramento telefônico, as mensagens de texto, os mapas de conversação e a própria consulta de enfermagem podem ser utilizados. Comparações entre modalidades de intervenções com seguimentos semelhantes devem ser estimuladas para serem reproduzidas em diferentes contextos na busca de desfechos comparáveis (SILVA et al., 2020b).

As ações de educação em saúde precisam ser efetivas, resolutivas e centradas no sujeito, deixando de ser ancoradas nos moldes tradicionais, os quais são voltados para a mera transmissão de informações por meio de palestras. Os indivíduos devem ser levados a desenvolverem seu pensamento crítico a respeito do seu meio social e de suas condições de vida, saúde e doença. Assim, haverá uma construção compartilhada de saberes que pode permitir o empoderamento dos sujeitos, bem como o protagonismo no seu processo saúde-doença (MAIA et al., 2018).

Além da forma/método de realização das ações educativas, é preciso considerar outros aspectos para serem alcançados bons resultados dessas. Para haver adesão de práticas voltadas para prevenção e controle da HAS por meio de modificações no estilo de vida, é necessária uma abordagem multidimensional (ANDUALEM; GELAYE; DAMTIE, 2020) e colaborativa com uma equipe multiprofissional envolvida (SILVA et al., 2020b). Devem-se considerar os

aspectos relacionados ao estado civil, escolaridade, renda mensal, comorbidades, conhecimento e autoeficácia. Além disso, existem as questões relacionadas ao sistema de saúde, profissionais de saúde e comunidade em que se insere o cliente. Todos esses aspectos têm influência na adesão geral às modificações de estilo de vida (ANDUALEM; GELAYE; DAMTIE, 2020).

Enfermeiros são profissionais que têm desempenhado práticas de educação em saúde com diversas metodologias e recursos voltados para as diferentes dimensões do cuidar e com benefícios para os clientes com doenças crônicas (SILVA et al., 2020b). Uma revisão sistemática realizada com 80 estudos demonstrou um aumento de 12% nas taxas de controle de pressão arterial, com a redução da mediana da PAS de -5,4 mmHg e da PAD de -1,8 mmHg, principalmente quando enfermeiros e farmacêuticos estavam na equipe de atendimento de hipertensos. Esses achados ocorreram em várias configurações multiprofissionais e em diferentes grupos populacionais (PROIA et al., 2014).

Intervenções educativas realizadas por enfermeiros devem fazer parte do escopo de ações do cuidado de pacientes com hipertensão, com a finalidade de alcançar o melhor gerenciamento dessa doença e reduzir o risco cardiovascular total dos indivíduos hipertensos (CHATZIEFSTRATIOU et al., 2021).

A realização de ações de educativas voltadas para o controle de fatores de risco realizadas por enfermeiros é uma intervenção de enfermagem que deve ser realizada com base no DE, segunda etapa do PE. Quando enfermeiros realizam essas ações, tem-se maior potencial para aumentar os conhecimentos dos clientes e gerar resultados positivos para o gerenciamento de saúde (LUIS; ABREU; GÓMEZ, 2017).

6 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

6.1 O PROCESSO DE VALIDADE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O DE representa o julgamento clínico do enfermeiro ante as respostas humanas, é considerado complexo e pode favorecer a escolha de intervenções de enfermagem adequadas. Devido a isso, os enfermeiros precisam utilizar o pensamento crítico e raciocínio clínico, os quais são extremamente necessários para a identificação dos diagnósticos mediante o julgamento clínico (BARROS et al., 2021; CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017).

Outro aspecto que influencia a identificação dos DE é a própria estrutura diagnóstica, que se não estiver bem clara, delineada e com alto nível de acurácia, pode levar a erros ou dificuldades no processo de inferência diagnóstica. Para minimizar esse problema, estudos de validade de DE vem sendo indicados para aperfeiçoar conceitos e elementos relacionados ao DE, tornando-os mais adequados ao cotidiano profissional (OLIVEIRA et al., 2013).

Para estimar a validade de um DE, alguns autores apresentam modelos de estudos que devem ser conduzidos em etapas. Fehring, em 1987, sugeriu três modelos principais: o de Validação de conteúdo diagnóstico, o de Validação clínica e o de Validação de diagnóstico diferencial. O primeiro modelo é baseado na opinião de enfermeiros peritos sobre o quanto as características definidoras são representativas de determinado diagnóstico; o segundo é realizado com base no ambiente clínico real na busca de evidências para comprovar a existência de determinado diagnóstico; e o terceiro é utilizado para validar diferenças entre dois diagnósticos ou para diferenciar os níveis de ocorrência de um DE. Previamente a esses três modelos, o autor recomenda a realização de revisão de literatura para fornecer um maior arcabouço teórico ao diagnóstico e seus elementos (fatores relacionados/de risco e características definidoras) (FEHRING, 1987).

Em 1989, Hoskins propôs um modelo de validação de DE desenvolvido em três etapas: a primeira é a análise de conceito, que representa a estrutura teórica do diagnóstico, sendo realizada para identificar atributos, antecedentes e consequentes de um conceito; a segunda é a validação por especialistas, em que os enfermeiros peritos revisam e analisam a estrutura teórica construída na análise conceitual para avaliar se essa representa o diagnóstico; e a terceira etapa, é a validação clínica que tem a finalidade de testar se a estrutura construída na primeira fase e validada na segunda é sustentada por dados clínicos (HOSKINS, 1989).

Mais recentemente, Lopes, Silva e Araújo (2013) propuseram um modelo de validação de DE conduzido em três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo e validação clínica. Esse modelo apresenta algumas características dos já descritos anteriormente, mas com modificações para sanar alguns problemas metodológicos típicos, que serão abordados mais adiante (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Em 2016, o referido modelo foi aperfeiçoado e melhor descrito em todas as suas especificidades e peculiaridades de cada etapa (LOPES; SILVA, 2016).

A análise de conceito recomendada por Lopes, Silva e Araújo (2013) é a etapa inicial do processo de validade de um diagnóstico; pode se basear nas recomendações de Walker e Avant (2011), que propõem a caracterização do conceito diagnóstico por meio da descrição de atributos definidores, antecedentes, consequentes, definições conceituais e operacionais e construção de casos. As principais críticas a esse método são voltadas para: as dificuldades na definição adequada do núcleo conceitual; a necessidade de inverter antecedentes e consequentes para identificar fatores relacionados/de risco e características definidoras; e a limitação de análise de um único conceito diagnóstico por vez, o que dificulta a avaliação das relações entre múltiplos diagnósticos que têm ligações em uma cadeia causal (LOPES; SILVA, 2016).

Uma alternativa às análises de conceito são os métodos relacionados à validade teórico-causal baseados na elaboração de Teorias de Médio Alcance. Essas teorias objetivam o desenvolvimento de um gradiente teórico que facilite a identificação de elementos etiológicos e características clínicas de um diagnóstico, e, que demonstre as relações de causalidade que elucidam a ocorrência de dado fenômeno de enfermagem (LOPES; SILVA, 2016).

As TMA contribuem para o aprimoramento e fundamentação dos conceitos dos sistemas de classificação na enfermagem (BLENGEN; TRIPP-REIMER, 1997). A construção de TMA é sugerida para reduzir as lacunas teórico-práticas da enfermagem, já que elas podem ser aplicadas com maior facilidade à prática e como estrutura de pesquisa, assim, permitem uma maior correlação desses aspectos (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017). De modo geral, o desenvolvimento das TMA na enfermagem, ainda, ocorre incipientemente no Brasil. Estudo de revisão integrativa destacou que a maioria dos trabalhos de TMA na enfermagem são desenvolvidos nos EUA. Assim, o desenvolvimento de TMA deve ser estimulado, já que essas são uma forma de sobrepor os desafios de elaborar um corpo de conhecimento sólido para direcionar a prática de enfermagem (LEANDRO et al., 2020).

Existem três tipos de TMA: a descritiva, que apenas descreve ou classifica um fenômeno baseado em um único conceito; a explicativa, que envolve as inter-relações entre vários

conceitos, os quais se preocupam com forma e a extensão com que um conceito está relacionado a outros; e a preditiva, que visa estabelecer as relações precisas entre conceitos e consequências de um ou mais conceitos para descrever como ocorrem as modificações em dado fenômeno (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

As taxonomias de DE representam uma TMA descritiva. A da NANDA-I consiste em um sistema de classificação diagnóstica mundialmente utilizado na prática da enfermagem e atualizado conforme as evidências científicas produzidas por enfermeiros. O referido sistema fornece uma terminologia padronizada de DE, apresentando-os em um esquema, denominado de taxonomia, a qual organiza os diagnósticos em domínios, que representam uma área de interesse, e classes, que, por sua vez, correspondem a um grupo mais específico nos domínios. Atualmente, têm-se 267 DE descritos na NANDA-I, os quais precisam ser revisados e atualizados constantemente, mediante estudos realizados em populações diversas, com o intuito de aumentar a sua acurácia e melhorar a identificação na prática clínica (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Em relação à análise de conteúdo, segunda etapa proposta por Lopes, Silva e Araújo (2013) para estimar a validade de um DE, recomenda-se que o arcabouço teórico construído na primeira etapa tenha seu conteúdo submetido à análise de enfermeiros com expertise na temática. Várias são as dificuldades encontradas nessa etapa, sendo algumas relacionadas à definição de expertise em enfermagem e seleção de juízes para analisar o conteúdo diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

Para reduzir essas dificuldades, sugere-se a utilização do princípio da sabedoria coletiva, que afirma que a inferência coletiva apresenta melhores resultados que a de um único *expert*. Assim, pessoas com níveis variados de expertise podem participar da análise, desde enfermeiros com prática clínica, até acadêmicos com conhecimento teórico e de pesquisa na área do diagnóstico a ser validado. Para a análise dos dados, recomenda-se que a avaliação dos juízes seja ponderada por seu nível de expertise, conforme o modelo da diversidade preditiva. Assim, quanto maior o nível de expertise do juiz, maior relevância terá sua avaliação (LOPES; SILVA, 2016).

Estudo de revisão integrativa demonstrou que, em 2008, houve um aumento nas publicações de estudos de validade de conteúdo com DE, sendo publicados em sua maioria em revistas internacionais com o uso do modelo de validação de conteúdo proposto por Fehring. A maioria dos estudos abordava características definidoras e os diagnósticos mais estudados eram

da área da cardiologia. Nota-se uma necessidade de mais estudos com diagnósticos diversos em virtude do elevado quantitativo de DE descritos na NANDA-I (OLIVEIRA; DURAN, 2015).

A terceira e última etapa para estimar a validade de um DE é a validação clínica, conforme as recomendações de Lopes, Silva e Araújo (2013). Nessa etapa, o modelo teórico validado quanto ao conteúdo é testado para avaliar se representa o diagnóstico na prática clínica em populações que possuem o DE. Um grande entrave dessa fase é a ausência de um padrão de referência, ou seja, um procedimento completamente acurado para determinar a presença ou ausência de um DE, chamado de viés de padrão-ouro-imperfeito (LOPES; SILVA, 2016).

Para minimizar esse viés, Fehring recomenda utilizar a avaliação de enfermeiros treinados como padrão de referência. Todavia, isso pode comprometer a validade interna do estudo, já que, a opinião do avaliador, mesmo que treinado, é influenciada por seu conhecimento e suas vivências práticas. Além disso, o avaliador pode conhecer previamente a condição clínica do cliente em relação à presença do diagnóstico, o que configura viés de seleção (LOPES; SILVA, 2016).

Para minimizar o viés do padrão-ouro-imperfeito, algumas alternativas são elencadas, tais como: correção matemática nas estimativas utilizadas para mensurar a validade dos componentes diagnósticos, painel de diagnosticistas, identificação de variável latente e regras diagnósticas pré-definidas. Essa última é a mais indicada para a validação de fatores etiológicos. Nessa estratégia, um conjunto de características definidoras são utilizadas para definir o status diagnóstico antes da coleta de dados. Dessa forma, é útil para estudos de coorte, caso-controle e experimentais, em que a definição do status diagnóstico é relevante para a determinação de medidas de risco (RUTJES et al., 2007; LOPES; SILVA, 2016).

Os principais métodos de validação clínica são a validade clínico-social, de construto clínico, diferencial, prognóstica, clínico-populacional e clínico-causal. Cada método está direcionado a um objetivo específico no processo de validade de DE. Dentre os métodos mais comumente utilizados, destaca-se a validade clínico-social, realizada por meio de estudos transversais que busquem identificar fatores associados ao DE, no caso, os fatores etiológicos e características definidoras. Já a validade clínico-causal é voltada para a validação de fatores relacionados/de risco, sendo realizada por meio de estudos de caso-controle ou coorte de exposição (LOPES; SILVA, 2016).

Todo o processo metodológico, para obter evidências de validade de um DE, é complexo e necessita do uso de abordagens robustas e domínio de técnicas estatísticas complexas pelo pesquisador. Todavia, é um método que gera estimativas consistentes de validade diagnóstica,

além de evidências clínicas robustas que podem nortear a assistência de enfermagem (LOPES; SILVA, 2016).

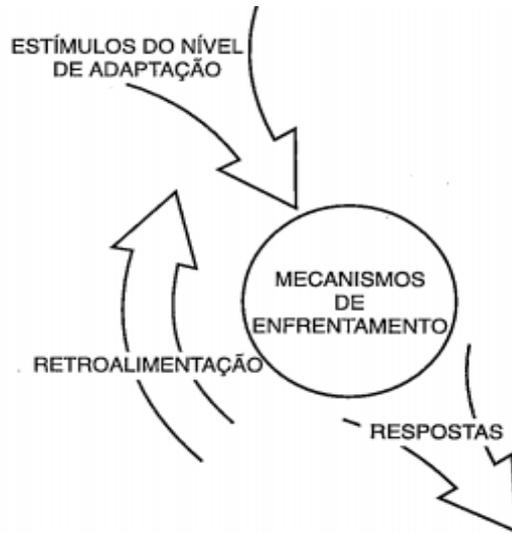
6.2 O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

No processo de validade de um DE, destaca-se a peculiaridade da construção de uma TMA, com a recomendação da utilização de um modelo conceitual abrangente na área de enfermagem (BRANDÃO et al., 2017). Um modelo conceitual aborda aspectos filosóficos e a visão de mundo fundamental para construir o referencial teórico da enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2016; WALKER; AVANT, 2011).

O MAR é a base teórica mais utilizada no desenvolvimento das TMA na enfermagem (LEANDRO et al., 2020). Esse modelo coloca os indivíduos como um sistema holístico que está em constante interação com o ambiente por meio de troca de informações, matéria e energia. Esse sistema é constituído por um conjunto de múltiplas partes que deve funcionar articuladamente. Cada sistema possui entradas, saídas, controles e retroalimentação (ROY, 2009).

As entradas do sistema são os estímulos, que podem ser externos ou internos ao indivíduo. As saídas são as respostas comportamentais que servem como retroalimentação, e os processos de controle são os mecanismos de enfrentamento (Figura 1). Os estímulos podem ser classificados em focais, aqueles que confrontam diretamente a pessoa e ocasionam geralmente o maior grau de mudança, contextuais, os quais são todos os outros estímulos que exercem influências positivas ou negativas sobre uma determinada situação, e estímulos residuais, cujos efeitos ainda não estão totalmente esclarecidos (ROY, 2009).

Figura 1 – A pessoa como um sistema holístico. Recife-PE, 2021.



Fonte: GEORGE, 2000.

No sistema adaptativo, juntamente, os estímulos e o nível de adaptação funcionam como uma entrada para os indivíduos. Assim, a combinação de estímulos focais, contextuais e residuais estabelecem o nível de adaptação da pessoa em dado momento. Esse nível muda constantemente, a depender dos estímulos, representados por fatores, que incluem o grau de mudança, vivências anteriores, nível de conhecimento, pontos positivos e/ou limitações (ROY, 2009).

As saídas do sistema correspondem às respostas/comportamentos, que podem ser internas ao indivíduo ou externas. Essas respostas de saída podem ser classificadas em respostas adaptativas e inefetivas. As primeiras são aquelas que promovem a integridade dos indivíduos, sendo demonstrada quando esses preenchem metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. As segundas, são aquelas produzidas quando as pessoas não atingem a integridade em relação às metas supracitadas. Os enfermeiros conseguem avaliar as respostas adaptativas e até mesmo promovê-las (ROY, 2009).

Os processos de controle da pessoa como sistema adaptativo são os mecanismos de enfrentamento, os quais podem ser herdados (genéticos) ou aprendidos. O MAR considera que existem dois mecanismos de controle denominados reguladores e cognatos, considerados subsistemas da pessoa. O subsistema regulador possui componentes de entrada, processo interno e saída e está relacionado com transmissores de natureza química, neural ou endócrina. Já o subsistema cognato está ligado a funções cerebrais superiores de percepção ou processamento de informações, do julgamento e da emoção (ROY, 2009).

Esses dois subsistemas devem agir em conjunto para a manutenção da integridade da pessoa. O nível de adaptação do indivíduo será influenciado não apenas pelo desenvolvimento do indivíduo, mas também pelo uso dos mecanismos de enfrentamento. Quanto mais se utilizam esses mecanismos, maior é o nível de adaptação da pessoa e a variação de estímulos para os quais ela pode responder positivamente (ROY, 2009).

O nível de adaptação do indivíduo pode ser classificado em: integrado, compensatório e comprometido. O nível integrado se relaciona com as estruturas e funções do processo de vida que funcionam para atender as necessidades humanas. Já o nível compensatório promove a ativação dos sistemas regulador ou cognato. E, o nível comprometido representa a situação de quando os processos integrados e compensatórios não estão adequados, podendo gerar problemas adaptativos (ROY, 2009).

Embora os subsistemas regulador e cognato sejam essenciais para a resposta adaptativa, não podem ser observados. Entretanto, as respostas podem ser observadas e mensuradas ou subjetivamente comunicadas. Dessa forma, os comportamentos resultantes dos subsistemas foram agrupados em quatro categorias denominadas de modos adaptativos, a saber: modo fisiológico, modo do autoconceito, modo de função do papel e modo de interdependência (ROY, 2009).

O modo fisiológico está relacionado à atividade fisiológica expressa como comportamento do organismo humano e se manifesta a partir de uma resposta física aos estímulos ambientais, envolvendo primeiramente o subsistema regulador. Fazem parte desse modo nove componentes, dos quais, cinco são necessidades básicas (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/repouso e proteção), e quatro são processos complexos (associados aos sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina) (ROY, 2009).

O modo do autoconceito se relaciona com a necessidade básica de integridade psíquica com enfoque no aspecto psicológico e espiritual da pessoa. Possui as subcategorias do ser físico (componentes de sensação e imagem corporais) e do ser pessoal (componentes de autoconsciência, autoideal e o eu moral, ético e espiritual) (ROY, 2009).

O modo de função do papel envolve a necessidade de integridade social com foco nos padrões de interação social dos indivíduos em relação aos outros. Os comportamentos podem ser classificados em instrumentais, que são, na maioria das vezes, físicos e expressivos e enfocam o domínio de papéis, ou apenas expressivos, representados pelos sentimentos ou atitudes. O modo de interdependência abrange a questão das necessidades afetivas e identifica

os padrões de valor humano, afeição, amor e reafirmação que ocorrem por meio de relacionamentos interpessoais (ROY, 2009).

Nesse processo de estímulos e respostas mediados por mecanismos de controle, encontra-se o enfermeiro que, segundo o MAR, tem a função de fomentar a saúde dos indivíduos por meio da promoção de respostas adaptativas. Os estímulos tanto interiores como exteriores são uma área de estudo para a enfermagem, já que a equipe de enfermagem está apta a promover mudanças que estimulem uma resposta adaptativa por meio de modificação de estímulos. Além disso, os enfermeiros também podem realizar intervenções que promovam os quatro modos adaptativos (ROY, 2009).

O MAR determina as diretrizes da assistência de enfermagem aos indivíduos ao descrever como deve ser o PE. Esse processo deve ser realizado em seis etapas, as quais envolvem a investigação do comportamento, investigação do estímulo, o diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção e avaliação (ROY, 2009).

A investigação comportamental é a etapa em que ocorre a investigação dos comportamentos de saída do indivíduo mediante os modos adaptativos. O enfermeiro reúne os achados por meio de observação, medições e técnicas de entrevista direcionadas à averiguação dos quatro modos adaptativos, o que configura uma abordagem holística (ROY, 2009).

Na etapa de investigação de estímulo, o enfermeiro analisa os padrões de comportamento do indivíduo em busca de respostas adaptativas ou ineficientes que deverão ter maior atenção. Essas respostas devem ser avaliadas em relação aos estímulos focais, contextuais e residuais que podem afetá-las. Esse processo de identificação de estímulos leva a esclarecimentos sobre a etiologia do problema (ROY, 2009).

Com base na análise dos dados relativos à investigação comportamental e de estímulo, o enfermeiro estabelece os DE que podem estar relacionados aos quatro modos adaptativos ou podem ser uma afirmação de respostas adaptativas (indicadores de adaptação positiva). Esses diagnósticos servirão para direcionar o estabelecimento de metas, quarta etapa do PE, em que o enfermeiro deve determinar quais são os comportamentos finais que a pessoa deve atingir para se ter respostas adaptativas (ROY, 2009).

Na etapa da intervenção, o enfermeiro implementa ações conforme as metas traçadas para o cliente. Essas ações devem ser realizadas em busca de alterar ou controlar os estímulos identificados, além de ampliar a capacidade de enfrentamento das pessoas ou seu nível de adaptação. O principal foco são os estímulos focais e contextuais, sendo que os focais nem sempre podem ser alterados (ROY, 2009). Na sexta e última etapa o enfermeiro avalia se as

metas estabelecidas foram alcançadas e se as intervenções foram eficazes. Os resultados podem direcionar para a readaptação de metas e intervenções (ROY, 2009).

Mediante o exposto, percebe-se que o MAR pode ser aplicado a uma série de diferentes situações clínicas. Neste trabalho, esse modelo foi utilizado como arcabouço teórico para construção de TMA para o DE Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade. Os conceitos apresentados pelo referido modelo de estímulo focal, contextual e residual, constituem os antecedentes clínicos (fatores de risco, condições associadas e populações em risco) do DE Risco de pressão arterial instável (ROY, 2009).

O problema adaptativo pressão arterial instável foi considerado um possível comportamento das mulheres privadas de liberdade mediante os estímulos identificados no estudo. Esse comportamento é classificado, segundo o MAR, no modo fisiológico. Os demais modos do modelo não serão abordados na TMA proposta (ROY, 2009).

7 MÉTODO

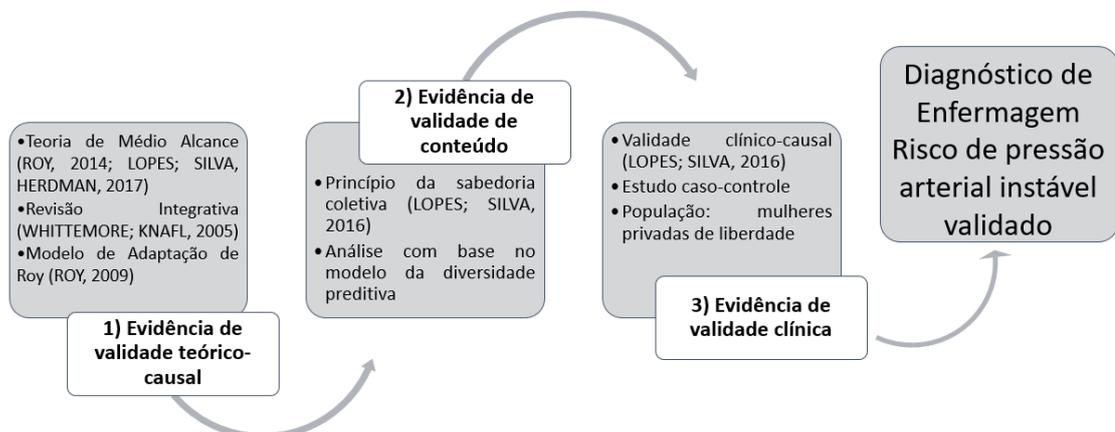
7.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de métodos múltiplos, o qual envolve uma combinação de métodos qualitativos, quantitativos ou ambos e apresenta dois ou mais projetos de pesquisa conduzidos de forma que respondam uma questão específica (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). Desenvolvido em três etapas: 1) evidência de validade teórico-causal (construção de Teoria de Médio Alcance); 2) evidência de validade de conteúdo por juízes; e 3) evidência de validade clínica (LOPES; SILVA, 2016).

Na primeira etapa, foi realizado estudo de desenvolvimento teórico, orientado para a validade teórico-causal do DE Risco de pressão arterial instável. Para tanto, construiu-se uma TMA para estabelecer a estrutura diagnóstica (definição, fatores de risco, condições associadas e populações em risco), bem como as relações entre os seus componentes e definições conceituais e operacionais.

Na segunda etapa da pesquisa, desenvolveu-se estudo metodológico de validade de conteúdo diagnóstico em que a estrutura diagnóstica construída anteriormente foi submetida à análise de conteúdo por juízes. E na terceira e última etapa, a estrutura já validada quanto ao conteúdo foi avaliada no público-alvo de mulheres privadas de liberdade por meio de estudo caso-controle (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma das etapas do método para validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2021.



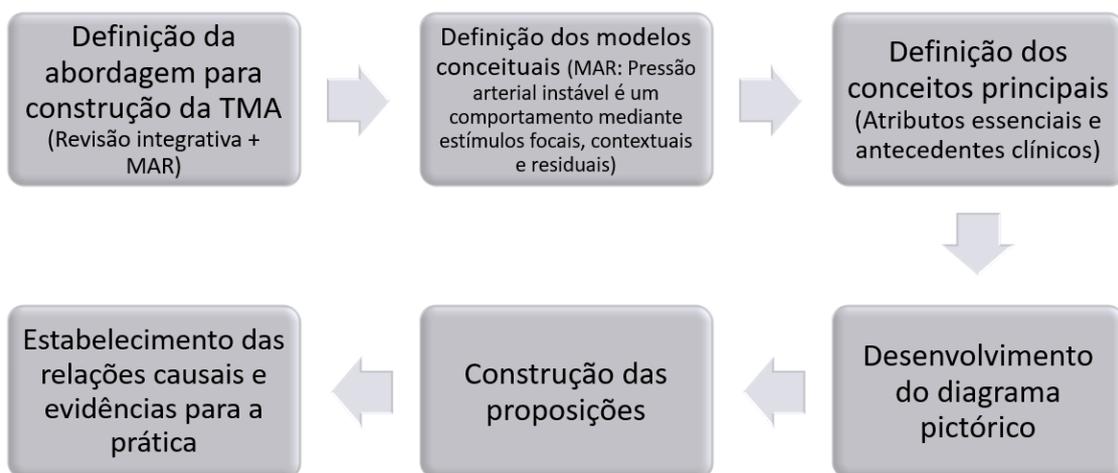
Fonte: Elaborado pela própria autora, 2021.

Ao final das duas primeiras etapas, foi realizada uma proposição diagnóstica com o título, definição, fatores de risco, condições associadas e populações em risco, com base nos resultados encontrados. Além disso, realizou-se a comparação da estrutura proveniente da etapa com a proposta pela NANDA-I. Ressalta-se que o DE assumiu as nomenclaturas de título provenientes de cada etapa estudo.

7.2 PRIMEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL

A TMA foi construída no período de maio de 2021 a outubro de 2022, com base no referencial metodológico proposto por Roy (2014), o qual foi reiterado por Lopes, Silva e Herdman (2017) e recomenda a realização de seis fases apresentadas na Figura 3 e detalhadas mais adiante, no texto (ROY, 2014; LOPES; SILVA, HERDMAN, 2017).

Figura 3 – Fluxograma das fases da construção da TMA. Recife- PE, 2021.



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2021.

7.2.1 Fase 1: Definição da abordagem para construção da TMA

Construiu-se uma TMA do tipo preditiva para esclarecer as relações entre os diversos conceitos identificados, com a finalidade de descrever o fenômeno estudado (FAWCETT, 2005). O uso da TMA no processo de validade de um DE visa explicar as respostas humanas com base na construção de um gradiente teórico que apresenta elementos etiológicos, indicadores clínicos e relações causais (LOPES; SILVA, 2016). A abordagem utilizada para a

construção da TMA neste estudo foi a Revisão Integrativa de Literatura e a derivação dos conceitos do MAR (ROY, 2009).

7.2.2 Fase 2: Definição dos modelos conceituais

Nesta fase, foi selecionado o modelo conceitual utilizado para construir a TMA (LOPES; SILVA, 2016). Neste estudo, foram utilizados os conceitos do Modelo de Adaptação de Roy sobre estímulo focal, contextual e residual, considerando sua hierarquia causal. O estímulo focal é aquele que está mais próximo dos indivíduos, podendo confrontá-los e ocasionar maior impacto em relação a mudanças. Os estímulos contextuais podem ser internos ou externos, e são aqueles que influenciam a ação do estímulo focal. Já os estímulos residuais não possuem um efeito totalmente claro, eles têm efeitos não centrais (ROY, 2009).

O problema adaptativo foi a pressão arterial instável, o qual foi considerado um possível comportamento das mulheres privadas de liberdade mediante os estímulos, que foram os antecedentes clínicos identificados na próxima fase da TMA. Esse comportamento é classificado, segundo o MAR, no modo fisiológico. Neste estudo, os demais modos (autoconceito, função do papel e interdependência) do modelo não serão abordados na TMA proposta (ROY, 2009).

7.2.3 Fase 3: Definição dos conceitos principais

Os principais conceitos utilizados foram: atributos essenciais e antecedentes clínicos (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017), já que a TMA foi desenvolvida como primeira etapa do processo de validade do DE Risco de pressão arterial instável.

Os atributos essenciais são características mínimas necessárias para estabelecer o diagnóstico, e os antecedentes clínicos são os fatores etiológicos do DE (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017). Para os diagnósticos de risco, os fatores etiológicos podem ser fatores de risco, condições associadas ou populações em risco. Os fatores de risco são antecedentes que aumentam a suscetibilidade de um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade a uma resposta humana indesejável; as condições associadas estão relacionadas aos diagnósticos médicos, procedimentos diagnósticos/cirúrgicos, dispositivos médicos/cirúrgicos ou preparações farmacêuticas; e as populações em risco são grupos de indivíduos que compartilham características sociodemográficas, história de saúde/familiar, estágios de

crescimento/desenvolvimento, exposição a determinados eventos/experiências que levam cada membro a ser suscetível a determinada resposta humana. Tanto as condições associadas como as populações em risco não são passíveis de modificação de forma independente por enfermeiros, mas, constituem informações relevantes para auxiliá-los no processo de raciocínio diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A identificação desses conceitos principais foi realizada por meio de Revisão Integrativa de Literatura. Nesta fase, também foram construídas definições conceituais e operacionais dos antecedentes clínicos e estabelecidas as suas relações causais com o fenômeno em estudo. Nos casos em que os estudos da revisão não apresentaram essas definições, foram consultados outros artigos científicos, livros-texto, dicionários, dissertações e teses (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

7.2.3.1 Revisão Integrativa de Literatura

Para Whitemore e Knafl (2005), a revisão integrativa é um método amplo de pesquisa, que permite a incorporação de estudos com metodologias diversas e, quando é realizada com alto rigor metodológico, pode favorecer uma compreensão holística sobre determinado fenômeno e contribuir para a prática de enfermagem.

Ademais, o referido método traz contribuições, também, ao processo de validade de diagnósticos de enfermagem, já que pode ser empregado como sua etapa inicial, a qual permite identificação na literatura de fatores etiológicos e características definidoras, contribuindo para a atualização das taxonomias diagnósticas de enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Devido ao elevado grau de importância das revisões integrativas para o desenvolvimento das práticas de enfermagem baseadas em evidências, os pesquisadores devem se atentar ao alto rigor na condução do método (HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN, 2016).

Para a construção desta revisão foram utilizados os cinco passos descritos por Whitemore e Knafl (2005), a saber: 1) identificação do problema/elaboração da questão de pesquisa; 2) busca na literatura; 3) avaliação dos dados de estudos incluídos; 4) análise dos dados; 5) síntese do conhecimento a partir dos resultados.

Antes de iniciar os passos supracitados foi elaborado um protocolo de revisão (APÊNDICE A) com os itens: tema da revisão, objetivo, questão norteadora, descritores, bases de dados, estratégias de busca, critérios de inclusão/exclusão, extração dos dados, estratégias

para a avaliar, analisar e sintetizar os estudos. A seguir, tem-se a descrição detalhada de todos os passos da revisão.

1) Identificação do problema/elaboração da questão de pesquisa: no primeiro passo, foi descrita a questão de pesquisa conforme a estratégia PICo (BUTLER; HALL; COPNELL, 2016), em que o P representa a população: mulheres privadas de liberdade; o I, o interesse do estudo: os atributos essenciais do risco de pressão arterial instável, os antecedentes clínicos desse fenômeno, suas respectivas definições conceituais e operacionais e as relações causais entre os atributos essenciais e os antecedentes clínicos; Co- contexto: privação de liberdade. A partir daí, construiu-se a seguinte questão da revisão: quais os atributos essenciais do Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade, bem como os antecedentes clínicos desse fenômeno, suas respectivas definições conceituais e operacionais e as relações causais entre os atributos essenciais e os antecedentes clínicos?

O objetivo da revisão foi identificar na literatura os atributos essenciais do Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade, bem como os antecedentes clínicos desse fenômeno, suas respectivas definições conceituais e operacionais e as relações causais entre os atributos essenciais e os antecedentes clínicos.

2) Busca na literatura: no segundo passo, foi realizada a busca na literatura, a qual ocorreu em maio de 2021 por meio do cruzamento dos *Medical Subject Headings (MeSH Terms)*: “arterial pressure”, “prisons”, “prisoners”, “risk factors”, “women” nas bases Scopus, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, Medline/Pubmed, Web of Science, Embase, Science direct e Cochrane. Para a base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) pressão arterial, hipertensão, prisões e mulheres nos idiomas inglês, português e espanhol. Todas as bases foram acessadas por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). As estratégias de buscas utilizadas estão descritas no Quadro 1, e foram replicadas considerando as peculiaridades de cada base de dados.

Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados. Recife-PE, 2021.

Estratégias de busca	Base de dados
"arterial pressure" AND "prisons" OR "prisoners" AND "risk factors" AND "women"	Scopus, CINAHL, Medline/Pubmed, Webofscience, Embase, Science direct e Cochrane
Hipertensão AND mulheres AND prisões (Mais os cruzamentos desses mesmos descritores correspondentes em inglês e espanhol)	LILACS
Pressão arterial AND mulheres AND prisões (Mais os cruzamentos desses mesmos descritores correspondentes em inglês e espanhol)	LILACS

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão durante o processo de seleção dos estudos: estudos que abordassem a temática do Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade e que respondessem à questão da pesquisa. Foram excluídos editoriais de jornais, resumos e cartas ao leitor. Não houve delimitação de tempo nem de idioma de publicação.

Após a busca na literatura, os artigos selecionados foram exportados para o gerenciador de referências *EndNote Web* online para remoção dos artigos duplicados (BRAMER; MILIC; MAST, 2017). Em seguida, os artigos foram enviados para o software *Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI)*, para a leitura dos títulos e resumos, realizada por dois pesquisadores independentes, previamente treinados e seguindo os critérios de inclusão e exclusão (MOURAD et al., 2016).

Os pesquisadores seguiram rigorosamente o protocolo de revisão estabelecido na etapa anterior e as discordâncias foram solucionadas por consenso entre os mesmos e, quando necessário, por um terceiro pesquisador. Dessa forma, foram selecionados os artigos que deveriam ser lidos na íntegra. Após essa leitura, os autores também entraram em consenso para definir os artigos incluídos na amostra final.

3) Avaliação dos dados de estudos incluídos: no terceiro passo da revisão, ocorreu uma nova leitura mais aprofundada dos estudos incluídos na amostra final com vistas à avaliação e extração dos principais dados desses estudos, a qual foi baseada em instrumento previamente validado (CHAVES, 2008), que foi adaptado a esta pesquisa e aborda dados referentes à

identificação dos artigos, como: autores, revista, idioma, país de publicação, objetivos, metodologia, principais resultados, conclusões, nível de evidência, atributos essenciais, antecedentes clínicos, definições conceituais e operacionais dos antecedentes do Risco de pressão arterial instável, e relações causais entre os conceitos (APÊNDICE B). Essa etapa também foi realizada por dois revisores de forma independente, com vistas a minimizar os vieses decorrentes da avaliação dos estudos.

4) Análise dos dados: no quarto passo, os estudos tiveram seu conteúdo analisado e também foram classificados em relação ao nível de evidências, conforme a proposta do *Joanna Briggs Institute* (2013), a qual estabelece cinco níveis em relação à qualidade das evidências, a saber: nível 1: estudos experimentais; nível 2: estudos quase-experimentais; nível 3: analítico observacional; nível 4: estudos descritivos observacionais; e nível 5: opiniões de especialistas e pesquisa de bancada. Estudos metodológicos, qualitativos, analíticos transversais ou revisões de literatura que não fossem sistemáticos foram classificados no nível 5.

5) Síntese do conhecimento a partir dos resultados: no quinto e último passo, os dados foram sintetizados e apresentados em formato de quadros e tabelas com as principais informações de interesse dessa revisão (atributos, antecedentes clínicos, definições conceituais e operacionais, e relações causais do Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade).

Os resultados dessa revisão constituem a TMA, desenvolvida com base nos fatores etiológicos identificados e relações de causalidade entre eles.

7.2.4 Fase 4: Desenvolvimento do diagrama pictórico

Nesta fase, é preciso apresentar um resumo gráfico das inter-relações entre os conceitos com o objetivo de resumir a TMA e seus elementos em uma figura, denominada pictograma, o qual pode conter apenas elementos textuais, elementos gráficos ou uma mescla das duas estratégias (LOPES; SILVA, 2016). Um pictograma foi construído com elementos gráficos e textuais para apresentar a inter-relação dos antecedentes clínicos do DE analisado. Utilizaram-se os conceitos principais identificados na revisão integrativa de literatura na fase anterior, além dos conceitos do MAR (ROY, 2009) como fundamentação para o esquema pictorial. Assim, foi representado no diagrama uma classificação hierárquica causal dos antecedentes clínicos, conforme a proposta do MAR em estímulo focal, contextual e residual.

7.2.5 Fase 5: Construção das proposições teóricas

Nessa fase, foram estabelecidas as proposições para os elementos do DE. As proposições teóricas são assertivas claras que evidenciam a relação entre os antecedentes clínicos e o diagnóstico, destacando as suas especificidades, fundamentadas em uma hierarquia causal (LOPES; SILVA, 2016). Dessa forma, a construção das proposições teóricas embasadas nos atributos essenciais e antecedentes clínicos do Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade ocorreu por meio da elaboração de afirmações sobre a relação entre os conceitos encontrados na revisão integrativa e os conceitos do MAR.

7.2.6 Fase 6: Estabelecimento das relações causais e evidências para a prática

A última fase do processo de construção da TMA envolve a elucidação do modelo teórico causal para o DE com base nas relações clínicas que conduzem ao raciocínio diagnóstico em enfermagem para justificar o diagnóstico e favorecer a compreensão do seu uso clínico (LOPES; SILVA, 2016). Para cada antecedente clínico, foram apresentadas inter-relações causais com os atributos, considerando o estabelecimento de hierarquia causal **na qual** os antecedentes foram classificados conforme os estímulos focais, contextuais e residuais de Roy (2009). Também, utilizaram-se os conceitos de fatores predisponentes (aumentam a suscetibilidade ao diagnóstico), precipitantes (iniciam a cadeia causal) ou reforçadores (amplificam condições clínicas prévias) para construir as relações causais em cadeia (LOPES; SILVA, 2016).

7.3 SEGUNDA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

Nessa etapa, a estrutura diagnóstica construída por meio da TMA (título, definição, fatores de risco, condições associadas e populações em risco e suas inter-relações) foi submetida à análise de conteúdo por juízes, os quais a analisaram quanto à adequação e relevância (LOPES; SILVA, 2016).

Para a realização dessa etapa da pesquisa, foi utilizada a abordagem da sabedoria coletiva, a qual se baseia na argumentação de que a opinião coletiva de um grupo apresenta melhores inferências do que a opinião de apenas pessoas com elevado nível de expertise, desde que as análises ocorram independentemente entre os membros do grupo. Quanto mais variado

o grau de experiência e expertise dos juízes, menores são os erros relacionados às estimativas de validade de conteúdo diagnóstico (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016).

7.3.1 Seleção de juízes

Os juízes foram enfermeiros selecionados com base em critério mínimo estabelecido pela pesquisadora e orientadoras: possuir experiência prática e/ou teórica com a temática diagnóstico de enfermagem e/ou área de cardiologia. O recrutamento desses juízes ocorreu 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”.

Para o cálculo do quantitativo de juízes, a seguinte fórmula foi utilizada: $n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} \times S}{e}\right)^2$ com base na estimativa do cálculo da média das avaliações para cada elemento a ser analisado. Considerou-se nível de confiança ($Z_{1-\alpha/2}$) de 95%, desvio-padrão (S) de 0,17, estabelecido a partir de suposição estatística baseada na curva normal, em que o desvio-padrão corresponde a uma área total de um, e erro amostral (e) de 0,05, totalizando 45 juízes. Entretanto, utilizou-se uma correção de 5% desse total, por considerar perda de poder que possa existir devido à aplicação de testes não paramétricos (PITMAN, 1949). Assim, o total da amostra foi estimado em 48 juízes (LOPES; SILVA, 2016), mas responderam ao formulário de coleta em tempo adequado, 49 juízes, que compuseram a amostra final.

A amostragem do tipo “bola de neve” também foi utilizada mediante indicação de outros participantes pelos profissionais selecionados inicialmente. Foram excluídos os juízes que não devolveram o instrumento após a prorrogação do tempo de 20 dias, previamente estabelecido para devolução, ou quando o fizeram com erros no preenchimento, mesmo após uma tentativa de solicitação de correção com ausência de devolutiva.

7.3.2 Procedimento para coleta de dados e instrumento

A coleta de dados aconteceu nos meses de junho a setembro de 2022. Os juízes foram convidados a participar do estudo por meio de carta-convite (APÊNDICE C) enviada via e-mail. Ao aceitar participar do estudo, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) com o instrumento para a análise via *google forms*, sendo estipulado o prazo de 20 dias para preenchimento, o qual poderia ser prorrogado por mais 20

dias. Na ocasião, solicitou-se a indicação de outros juízes. Salienta-se que os juízes ficaram com uma cópia virtual do TCLE assinado.

O instrumento de coleta de dados foi formulado em duas partes (APÊNDICE E). A primeira, abrangeu a descrição do estudo e as recomendações para preenchimento do instrumento seguidas de dados sobre a caracterização dos juízes, a saber: sexo, idade, cidade onde trabalha, titulação, ocupação atual, tempo de experiência profissional, tempo de experiência prática com a cardiologia, desenvolvimento de estudos com as temáticas de terminologias de enfermagem, cardiologia e privação de liberdade, tempo de atuação e participação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem e/ou cardiologia. Essas informações serviram para a classificação do nível de expertise do juiz.

Na segunda parte, estavam os dados referentes às evidências de validade de conteúdo do DE Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade, com os seguintes itens: título e definição conceitual do DE estudado, dados pela NANDA-I e pela TMA, fatores de risco, condições associadas e populações em risco elencados na TMA, bem como suas respectivas definições conceituais e operacionais. O domínio e classe do DE não foram avaliados, por considerar estarem pertinentes a sua localização na taxonomia.

Os juízes julgaram qual título e definição conceitual do diagnóstico estudado estavam mais adequados, bem como a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco. Para as definições conceituais e operacionais, também foi realizado julgamento quanto à adequação, sendo colocado também espaço para sugestões de modificações.

O termo adequado significa apropriado/correto em relação à literatura científica e prática clínica. O conceito de relevância está relacionado à capacidade dos fatores de risco, condições associadas e populações em risco de apresentarem relações de causalidade com o diagnóstico em estudo (PASQUALI, 1999).

Os julgamentos realizados para a relevância foram feitos conforme escala que varia em cinco níveis, sendo: 1 – totalmente irrelevante, 2 – pouco relevante, 3 – parcialmente relevante, 4 – muito relevante e 5 – totalmente relevante.

7.3.3 Análise e organização 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 das variáveis categóricas ocorreu pelo cálculo de frequências absolutas e relativas, além de intervalos de confiança de 95%. Para as

variáveis quantitativas, foi testada a normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e calculadas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartilico).

Para analisar a validade de conteúdo dos elementos do diagnóstico Risco de pressão arterial instável, calculou-se a mediana das avaliações com base no modelo da diversidade preditiva, em que a avaliação dos juízes é ponderada por seu nível de expertise (LOPES; SILVA, 2016). Aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade da mediana das avaliações, sendo constatada não aderência à distribuição normal e, por isso, adotadas estimativas ponderadas da mediana das avaliações.

Calcularam-se, também, os intervalos de confiança de 95% para cada estimativa de mediana, com o valor de referência para a hipótese nula $\geq 0,8$ (LOPES; SILVA, 2016). Assim, o item foi considerado válido quando a mediana das avaliações ponderadas $\geq 0,8$.

O nível de expertise dos juízes foi categorizado com base na classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), que apresenta cinco estratos: 1 – novato, 2 – iniciante avançado, 3 – competente, 4 – proficiente e 5 – *expert*. Os novatos são pessoas com conhecimento mínimo e sem experiência na área desejada; o iniciante avançado é aquele que possui alguma experiência prática e, portanto, consegue realizar julgamentos com maior segurança; o competente possui uma considerável experiência prática e tem compreensão mais profunda sobre o tema para realizar julgamentos; o proficiente abrange profissionais que possuem relevante experiência prática e teórica, o que garante avaliações críticas mais completas e complexas; o *expert* é o profissional com o maior potencial de diferenciação e refinamento nos julgamentos, já que consegue realizá-los com base em suas intuições e conhecimento global de um tema.

Para classificar os juízes nesses cinco estratos, uma tabela de pontuações foi construída, baseada nas respostas dos juízes às perguntas de caracterização. Essa tabela apresenta a pontuação final necessária para classificar o juiz em um dos cinco estratos: 1 – novato, 2 – iniciante avançado, 3 – competente, 4 – proficiente e 5 – *expert* (Tabela 1).

Tabela 1 - Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009). Recife-PE, 2022.

Pontuação final	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	0-6	0-6	Especialista	Sim	Sim
2	7-12	7-12	Mestre	-	-
3	13-18	13-18	Doutor	-	-
4	19-24	19-24	-	-	-
5	25-30	25-30	-	-	-

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

O nível de expertise foi estabelecido por meio do somatório das pontuações obtidas nos critérios avaliados na coleta de dados: tempo de prática, tempo em grupo de pesquisa e conhecimento científico (envolve o somatório dos pontos referentes à titulação, temática do trabalho de titulação e produção de trabalhos na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou cardiologia). Após esse somatório, foi realizada uma divisão por três, que teve como resultado a pontuação final do juiz para classificá-lo em um nível de expertise.

Nos casos em que a pontuação final apresentou como resultado valores fracionados, realizaram-se arredondamentos, a saber: pontuações com valores da última casa decimal iguais ou maiores a cinco foram acrescidas de uma unidade e pontuações com valores de última casa decimal inferiores a cinco, foram mantidas conforme valor antes da vírgula. Exemplo: se um juiz teve pontuação final 2,5, foi considerado que seu nível de expertise corresponde ao nível 3.

Ao final dessa etapa, os dados do DE avaliado, já validados quanto ao conteúdo (definição, fatores de risco, condições associadas e populações em risco), foram avaliados nas mulheres privadas de liberdade, na próxima fase da pesquisa. Destaca-se que com base nos resultados obtidos nessa etapa do estudo, o DE assumiu o título “Risco de pressão arterial desequilibrada”.

7.4 TERCEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE CLÍNICA

Nessa etapa, realizou-se a validade clínica do tipo clínico-causal do DE Risco de pressão arterial desequilibrada por meio de estudo caso-controle. Esse é o método mais indicado para validar diagnósticos de risco, já que objetiva analisar fatores etiológicos (relacionados ou de risco) e estabelecer relações de causalidade que justifiquem a presença do DE (LOPES; SILVA, 2016).

Os estudos de caso-controle nas pesquisas que envolvem validade de DE se caracterizam por: serem retrospectivos e pela formação de grupos de pessoas que apresentam o desfecho (grupo caso) e outro grupo de pessoas sem o desfecho (grupo controle), de forma que ambos os grupos são analisados em relação à presença ou ausência dos fatores de risco (LOPES; SILVA, 2016).

Esta etapa do estudo seguiu as recomendações das diretrizes do STROBE para estudos caso-controle (CUSCHIERI, 2019).

7.4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado na CPFRR, localizada na região metropolitana do Recife. Segundo informações da direção da unidade, essa unidade prisional contempla mulheres que cometeram delitos de leve a grave potencial e necessitam de privação de liberdade, em regime fechado e semiaberto. A CPFRR tem capacidade para 247 mulheres, que devem ser dispostas em 35 celas com, em média, 12m². Dessas 35 celas, uma é destinada às gestantes; outra, à triagem; e três, às nutrizes. A população da CPFRR é variável, sendo que em março de 2023 era constituída por 342 mulheres. Sabe-se que quase sempre o número de mulheres privadas de liberdade é superior à capacidade da unidade penal.

O local de estudo foi escolhido por ser cenário de realização de projetos de extensão vinculados ao grupo de pesquisa “Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família”, no qual a pesquisadora e orientadora estão inseridas. Portanto, o ambiente físico já era conhecido, bem como as mulheres privadas de liberdade e o pessoal envolvido na administração e gerenciamento da unidade, o que facilitou o vínculo e a aproximação da pesquisadora para a realização do estudo.

7.4.2 População, amostra e amostragem

Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula recomendada por Fleiss (1981) para estudos do tipo caso-controle sem pareamento, com posterior aplicação do método de correção de continuidade, a saber:

Para casos:

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

Para controles:

$$n2 = rn1$$

Onde:

n1= Número de casos

n2= Número de controles

Nível de confiança = 95%

Poder = 80%

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

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

p2[†] = proporção de indivíduos expostos no grupo controle = 27,5%

p = p1 + rp2 ÷ r+1

q = 1-p

[†] Considerando a prevalência de doença cardiovascular nos resultados preliminares do estudo.

As proporções dos indivíduos expostos e não expostos foram estabelecidas considerando a prevalência de doença cardiovascular nas 50 primeiras mulheres incluídas na amostra. Essa variável foi escolhida pela relevância que possui para o desfecho avaliado (pressão arterial desequilibrada), visto que o desequilíbrio da pressão arterial faz parte das doenças cardiovasculares. Assim, arredondando-se os resultados, têm-se 21 participantes no grupo caso e 84 no grupo controle, totalizando 105 mulheres.

Para as mulheres do grupo caso, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar em privação de liberdade há pelo menos seis meses e apresentar a pressão arterial desequilibrada (desfecho avaliado), sendo considerado que o desequilíbrio de pressão correspondeu a níveis pressóricos fora dos valores de normalidade, para mais ou para menos. Para o desequilíbrio relacionado ao aumento da pressão arterial: níveis pressóricos de PAS maior ou igual a 130 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 85 mmHg, medida com a técnica

adequada, em pelo menos duas ocasiões diferentes, validada com medições repetidas (BARROSO et al., 2021). Referente ao desequilíbrio relacionado à redução da pressão arterial: níveis pressóricos de PAS menor ou igual a 90 mmHg medida com a técnica adequada, em pelo menos duas ocasiões diferentes, validada com medições repetidas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2023).

Para o grupo controle, as mulheres deveriam estar em privação de liberdade há, pelo menos, seis meses e não apresentarem desequilíbrio da pressão arterial, ou seja, deveriam apresentar valores de pressão arterial fora da faixa de valores descritos anteriormente: PAS menor que 130 mmHg e maior que 90 mmHg e PAD menor que 85 mmHg medida com a técnica adequada, em, pelo menos, duas ocasiões diferentes, validada com medições repetidas. Os critérios de exclusão de ambos os grupos foram mulheres gestantes, por considerar que a gestação está associada a maior risco de desequilíbrio de pressão arterial, e mulheres que apresentaram risco à integridade física das pesquisadoras, conforme avaliação dos agentes penitenciários.

A amostragem foi por conveniência. As mulheres que trabalhavam na CPFR convidavam pessoas que estivessem disponíveis para participar da pesquisa. Ao aceitarem participar do estudo, essas mulheres seguiam as demais etapas da coleta de dados. Não foi realizado o pareamento entre os grupos, já que a idade foi testada como fator de risco do diagnóstico estudado e, o sexo avaliado foi apenas o feminino.

7.4.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE F) foi composto por duas partes, a primeira tinha os dados sociodemográficos e clínicos, a saber: tempo de reclusão (em meses), idade (anos completos), anos de estudo, estado civil, cor/raça autodeclarada, ocupação, renda familiar (conforme o valor do salário mínimo em 2023), religião e dados dos valores de pressão arterial.

Na segunda parte, tinham os 20 fatores etiológicos (fatores de risco, condições associadas e populações em risco) do DE analisado, os quais foram avaliados de forma dicotômica, quanto a sua presença ou ausência nas mulheres. Cada fator foi investigado conforme suas especificidades, a partir das definições operacionais validadas com os juízes na etapa anterior. Para a coleta dos dados antropométricos, foram utilizados os seguintes equipamentos: balança antropométrica digital devidamente testada e calibrada para verificação

do peso, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g; fita métrica não distensível com intervalos de 0,1 cm e extensão de 100 cm, para verificação da altura e circunferência da cintura.

As medidas de peso e de estatura foram feitas com a mulher na posição ortostática e possibilitaram a avaliação do fator de risco excesso de peso corporal. Para verificar o peso, a participante foi posicionada no centro da balança com os pés juntos e descalços e os braços estendidos ao longo do corpo. Com vistas a possibilitar a medida da estatura, a mulher manteve as mãos espalmadas sobre as coxas e o queixo ereto. O peso e a estatura possibilitaram o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Quando da verificação da circunferência da cintura, a fita métrica não distensível era colocada horizontalmente no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca (BRASIL, 2011).

Na análise do tabagismo, foram consideradas tabagistas aquelas que referiram ter fumado mais de 100 cigarros, ou cinco maços de cigarros, em toda a sua vida (CDC, 2017). Como sedentárias, incluíram-se as mulheres que não praticavam atividades físicas ou relataram atividade física aeróbica leve realizada em tempo inferior a 150 a 300 minutos por semana, considerando o último mês (WHO, 2020). A avaliação da alimentação foi realizada com base nas recomendações do Ministério da Saúde sobre alimentação saudável (BRASIL, 2013).

Para ansiedade, utilizou-se a versão reduzida da Escala de Ansiedade Depressão e Estresse-21 (EADS-21) (Depression Anxiety Stress Scale-21). Foi considerado que a ansiedade estava presente quando a mulher foi classificada a partir do estágio de ansiedade leve (VIGNOLA; TUCCI, 2014). O estresse foi avaliado por meio da aplicação da Escala de Estresse Percebido em sua versão reduzida (PSS-10) (COHEN; KARMACK; MERMELSTEIN, 1983), sendo que foi considerado que o mesmo estava presente para um escore de 20 ou mais pontos. Para a avaliação da insônia, foi considerado que esse fator estava presente para as participantes que apresentassem uma pontuação a partir de 8 pontos no Índice de Gravidade da Insônia (IGI) (CASTRO, 2011).

A avaliação dos fatores de risco uso nocivo de álcool e substâncias ilícitas foi feita pelo Teste de triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). Considerou-se que as mulheres com pontuações a partir de 4, em relação ao uso de substâncias (pessoas que fazem uso nocivo de substâncias), tinham o fator de risco. Pontuações a partir de 11, em relação ao uso de álcool, constataavam uso nocivo desse componente (ALI et al., 2002).

As condições associadas: diabetes, dislipidemia, doença cardiovascular, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e síndrome metabólica foram avaliadas pelo relato verbal da mulher e/ou pelo registro em prontuário. O histórico familiar de hipertensão arterial foi

analisado pelo relato da mulher de história de hipertensão arterial em parentes de primeiro grau (pai, mãe e filhos) (PRÉCOMA et al., 2019; BARROSO et al., 2021).

Realizou-se um pré-teste do instrumento com as primeiras dez mulheres da amostra, para verificar e ajustar possíveis lacunas no formulário e no procedimento de coleta de dados. Como não houve necessidade de nenhuma modificação no instrumento, os dados coletados fizeram parte da amostra final. No Quadro 2, tem-se o detalhamento das variáveis avaliadas na coleta de dados.

Quadro 2 – Variáveis avaliadas na coleta de dados da evidência de validade clínica. Recife-PE, 2023.

Variável	Dependência	Tipo
Pressão arterial desequilibrada	Dependente	Categórica (dicotômica)
Tempo de reclusão	Independente	Numérica
Idade	Independente	Numérica
Estado civil	Independente	Categórica
Cor/raça	Independente	Categórica
Anos de estudo	Independente	Numérica
Ocupação	Independente	Categórica
Renda familiar	Independente	Categórica
Religião	Independente	Categórica
Conhecimento insuficiente dos fatores de risco	Independente	Categórica (dicotômica)
Excesso de peso corporal	Independente	Categórica (dicotômica)
Sedentarismo	Independente	Categórica (dicotômica)
Alimentação hipercalórica	Independente	Categórica (dicotômica)
Alimentação hipersódica	Independente	Categórica (dicotômica)
Tabagismo	Independente	Categórica (dicotômica)
Ansiedade	Independente	Categórica (dicotômica)
Estresse	Independente	Categórica (dicotômica)
Uso nocivo de substâncias ilícitas	Independente	Categórica (dicotômica)
Uso nocivo de álcool	Independente	Categórica (dicotômica)
Insônia	Independente	Categórica (dicotômica)
Dislipidemia	Independente	Categórica (dicotômica)
Diabetes	Independente	Categórica (dicotômica)
Síndrome metabólica	Independente	Categórica (dicotômica)
Transtorno de estresse pós-traumático	Independente	Categórica (dicotômica)
Doença cardiovascular	Independente	Categórica (dicotômica)
Indivíduos com histórico familiar de HÁ	Independente	Categórica (dicotômica)
Indivíduos em vulnerabilidade social	Independente	Categórica (dicotômica)
Sexo feminino	Independente	Categórica (dicotômica)
Indivíduos com idade maior que 30 anos	Independente	Categórica (dicotômica)

Fonte: elaborado pela autora, 2023.

7.4.4 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2023. Participaram da equipe de coleta de dados a pesquisadora principal, além de três alunas de graduação de enfermagem que haviam cursado a disciplina e estágio de semiologia e semiotécnica, assim como estavam vinculadas a projetos de iniciação científica e ao grupo de pesquisa intitulado: “Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família”. As alunas receberam um treinamento teórico, na UFPE, com uma aula expositiva-dialogada sobre a temática, o processo de coleta de dados e o instrumento da pesquisa. Além disso, foi feito um momento de prática sobre a técnica de mensuração da pressão arterial. Todo o treinamento ocorreu conforme Protocolo Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE G), o qual foi construído com a finalidade de favorecer a padronização da coleta de dados e minimizar o viés de registro (LOPES, 2013).

Inicialmente, as mulheres privadas de liberdade foram convidadas a participarem da pesquisa, informadas sobre seus benefícios, procedimento de coleta de dados e possíveis riscos, e formas de minimizá-los. Caso aceitassem participar, eram verificados os critérios de elegibilidade e, se as mesmas se enquadrassem nesses critérios, era entregue e explicado o TCLE (APÊNDICE H) para que assinassem em duas vias. Uma via ficou com a mulher e a outra com a pesquisadora. As entrevistas foram realizadas no consultório de enfermagem localizado na unidade de saúde prisional da CPFR. O local garantia a privacidade e o sigilo das informações, já que se tratava de ambiente reservado e silencioso.

Na entrevista, primeiramente foram coletados os dados sociodemográficos e referentes aos fatores etiológicos e, somente ao fim dessa, a entrevistadora verificou a pressão arterial das participantes, garantindo o cegamento em relação ao desfecho. O cegamento dos entrevistadores permite reduzir o viés do observador/medida diferencial, já que esses tendem a ser mais dedicados ao entrevistarem pessoas do grupo caso (LOPES, 2013).

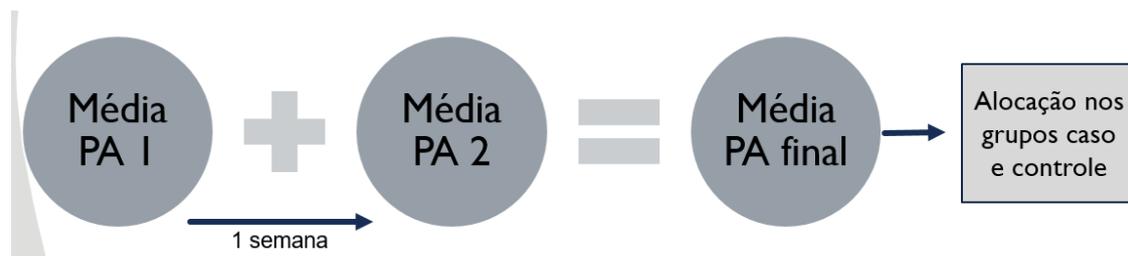
O procedimento de verificação da pressão arterial das mulheres ocorreu com base nas recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial — 2020 (BARROSO et al., 2021), em dois momentos, primeiramente no dia da entrevista e, posteriormente, em até uma semana após a primeira medição. No primeiro dia, a medição da pressão arterial ocorreu nos dois braços, para determinar o braço de referência para as próximas medições (braço de maior valor de PA). Após, foi realizada uma terceira mensuração de pressão com a mulher em pé. Respeitou-se o intervalo de um a dois minutos entre as mensurações, realizando-se medidas adicionais somente se as duas primeiras leituras estivessem diferentes em > 10 mmHg

(BARROSO et al., 2021). Após as medições, foi calculada e registrada a média das duas maiores pressões desse dia.

No segundo dia de verificação da pressão arterial, também foram feitas três mensurações de pressão arterial (duas com a mulher sentada e uma em pé) com intervalo de um a dois minutos entre elas; e medidas adicionais somente se as duas primeiras leituras estivessem diferentes em > 10 mmHg (BARROSO et al., 2021). Calculou-se e registrou-se no formulário a média a partir das duas últimas verificações de pressão desse dia.

Após os dois dias de mensuração de pressão arterial, utilizou-se a média do primeiro e segundo dia de mensuração para fazer uma média final de PAS e PAD e, só então, alocar as mulheres nos grupos caso e controle (Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma do processo de cálculo das médias de pressão arterial para alocação das mulheres nos grupos caso e controle. Recife-PE, 2023.



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2023.

Antes de iniciar a mensuração da pressão, a mulher foi posicionada sentada, de forma confortável, em ambiente silencioso, por, no mínimo, cinco minutos. As entrevistadoras se certificaram de que: a mulher não estava com a bexiga cheia; não havia realizado exercícios físicos há, pelo menos, 60 minutos; não havia ingerido bebidas alcoólicas, café; não havia fumado nos 30 minutos anteriores.

O manguito adequado para a circunferência do braço (Tabela 2) foi utilizado, sendo posicionado ao nível do coração. A palma da mão da mulher estava voltada para cima e as roupas não estavam garroteando o braço. As costas e o antebraço da mulher estavam apoiados; as pernas, descruzadas; e os pés, apoiados no chão (BARROSO et al., 2021).

Tabela 2 - Dimensões do manguito conforme a circunferência do braço. Recife-PE, 2022.

Circunferência	Denominação do manguito	Largura do manguito	Comprimento da bolsa
22-26 cm	Adulto pequeno	10 cm	24 cm
27-34 cm	Adulto	13 cm	30 cm
35-44 cm	Adulto grande	16 cm	38 cm

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020 (BARROSO et al., 2021).

Para a técnica da medição da pressão arterial, os seguintes passos foram seguidos: determinação da circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano, seleção do manguito adequado ao tamanho do braço, colocação do manguito, sem deixar folgas, dois a três cm acima da fossa cubital; ajuste do meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; estimação do nível da PAS por meio da palpação do pulso radial; palpação da artéria braquial na fossa cubital e colocação da campânula ou o diafragma do estetoscópio sem comprimir excessivamente; inflação rápida até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação; início da deflação lenta (velocidade de dois mmHg por segundo); determinação da PAS pela ausculta do primeiro som correspondente à fase I de Korotkoff e, depois, aumento rápido da deflação; determinação da PAD no desaparecimento dos sons correspondente à fase V de Korotkoff; ausculta de 20 a 30 mmHg abaixo do último ruído para confirmar seu desaparecimento e, depois foi realizada a deflação rápida e completa; se os batimentos persistissem até o nível zero, a determinação da PAD foi feita pelo abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff). Por fim, anotou-se a PAS/PAD/zero (BARROSO et al., 2021).

As mulheres que apresentavam pressão arterial alterada foram encaminhadas à unidade de saúde que funciona no presídio, para que fossem acompanhadas pela equipe de saúde com a realização de adequadas medidas terapêuticas.

Acrescenta-se que as mulheres entrevistadas também foram cegadas em relação ao grupo que fariam parte, já que só ficaram sabendo dessa informação após a verificação da pressão arterial na segunda ocasião. Esse procedimento objetivou reduzir o viés de memória, que ocorre quando as pessoas no grupo caso tendem a relatarem suas lembranças referentes aos fatores de risco avaliados exacerbadamente em relação às pessoas do grupo controle (HULLEY et al., 2015).

7.4.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram tabulados e digitados em dupla digitação no Epi Info, versão 3.5.4, para que fosse realizada a validação do banco de dados. Posteriormente, esse banco foi exportado para o software Stata versão 16.0. Os procedimentos de tratamento e análise descritiva dos dados incluíram cálculo de distribuições brutas e percentuais para as variáveis categóricas e de medidas de posição e dispersão para as variáveis quantitativas.

A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada por meio do teste Shapiro-Wilk. Perante a constatação de distribuição não-normal, aplicou-se o teste Mann-Whitney para comparar postos médios entre as participantes do grupo caso e do grupo controle. Diante de distribuições normais, foi adotado o teste t de Student para verificar diferenças de médias entre os grupos. Testes de associação, sendo estes, exato de Fisher ou qui-quadrado, foram adotados para identificar associação entre variáveis categóricas de interesse e a classificação das participantes entre os grupos caso e controle.

Posteriormente, foram feitas técnicas de regressão logística para identificar a chance associada às ocorrências, incluindo respectivos intervalos de confiança a 95%. Os fatores de risco avaliados neste estudo foram capazes de aumentar as chances para a ocorrência do desfecho pressão arterial desequilibrada em mulheres privadas de liberdade quando o p-valor apresentado foi $< 0,05$ e a *Odds Ratio* (OR) apresentou um valor estatisticamente superior a um, conforme o intervalo de confiança.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi fundamentado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 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-lhes garantido o direito de se retirarem do estudo a qualquer momento, se assim julgassem necessário. A coleta de dados com os juízes e as mulheres privadas de liberdade só foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o n.º 5.454.048, e a participação dos mesmos foi condicionada à assinatura do TCLE.

8 RESULTADOS

Os resultados obtidos foram apresentados em tópicos, conforme cada uma das etapas realizadas neste estudo: evidência de validade teórico-causal, evidência de validade de conteúdo e evidência de validade clínica.

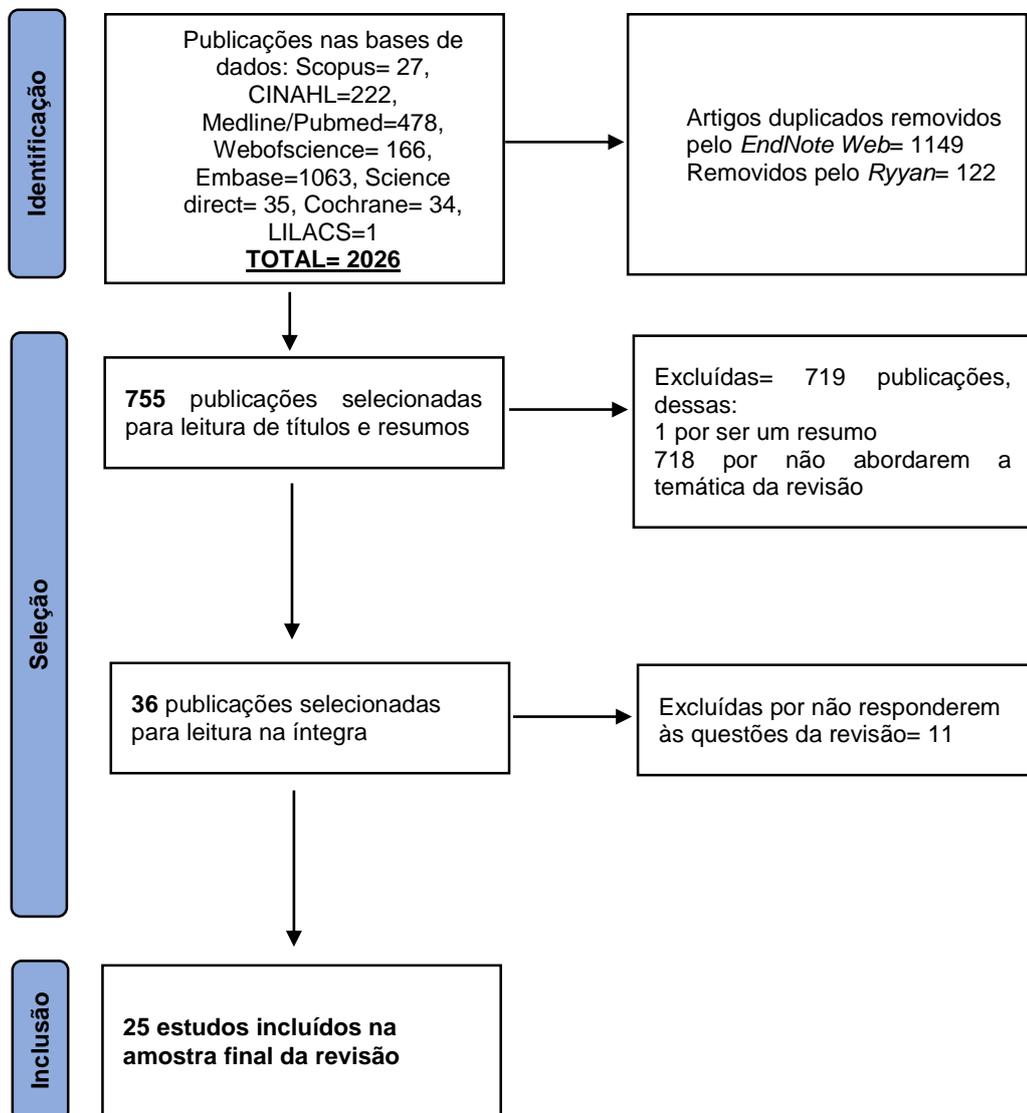
8.1 PRIMEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL

Os resultados da evidência de validade teórico-causal estão relacionados aos construtos da TMA desenvolvida, sendo apresentados conforme as etapas realizadas e preconizadas no referencial metodológico utilizado nesta fase do estudo (ROY, 2014; LOPES; SILVA, HERDMAN, 2017). Com base nos achados das evidências científicas incorporadas a essa etapa, foi possível estabelecer e propor uma nova estrutura para o DE Risco de pressão arterial instável, a qual será apresentada e descrita no tópico 7.1.6 desta seção. Nessa estrutura, propõe-se um novo título ao diagnóstico em questão, o “Risco de padrão pressórico desequilibrado”, o qual deu o nome à TMA desenvolvida.

8.1.1 Identificação dos principais conceitos: atributos essenciais e antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade:

A partir da Revisão Integrativa de Literatura, foram selecionados 25 estudos. O processo de seleção e exclusão dos estudos foi realizado conforme o diagrama do PRISMA (PAGE et al., 2021), descrito na Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma do processo de seleção e exclusão das publicações com base no diagrama do PRISMA. Recife-PE, 2021.



Fonte: PAGE et al., 2021.

Os 25 estudos incluídos na amostra final apresentaram dois atributos essenciais e 19 antecedentes clínicos como conceitos principais que, estão relacionados ao fenômeno em estudo (APÊNDICE I). Os atributos essenciais encontrados foram: “elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado” e a “redução recorrente da força do sangue contra a parede arterial abaixo do nível desejado”.

Os 19 antecedentes encontrados estão apresentados no Quadro 3, categorizados conforme as recomendações da taxonomia da NANDA-I, sendo dez classificados em fatores de risco, cinco em condições associadas e quatro em populações em risco. Destaca-se a população

em risco “pessoas em vulnerabilidade social” como representativa da população de mulheres privadas de liberdade.

Quadro 3 - Atributos essenciais e antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade categorizados em fatores de risco, condições associadas e populações em risco. Recife-PE, 2022.

Antecedente clínico	Categorização
Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco	Fatores de risco
Excesso de peso corporal	
Sedentarismo	
Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica	
Tabagismo	
Uso nocivo de substâncias ilícitas	
Uso nocivo de álcool	
Ansiedade	
Estresse	
Insônia	
Dislipidemia	Condições associadas
Síndrome metabólica	
Diabetes	
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	
Doença cardiovascular	Populações em risco
Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial	
Pessoas em vulnerabilidade social	
Mulheres	
Pessoas com idade maior que 30 anos	

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Os antecedentes clínicos também foram analisados e categorizados em estímulos focais, contextuais e residuais, com base nas conceituações do MAR, das relações causais evidenciadas na literatura e das reflexões das pesquisadoras, conforme suas experiências práticas na temática (Quadro 4).

Quadro 4 - Antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade categorizados conforme o MAR em estímulos focais, contextuais e residuais. Recife-PE, 2022.

Categorização dos estímulos	Definições dos estímulos	Antecedentes clínicos
Estímulos focais	Influenciam diretamente a mulher privada de liberdade e são os principais responsáveis por aumentar a suscetibilidade dessa mulher para desenvolver o padrão pressórico desequilibrado (ROY, 2009).	Sedentarismo Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica Tabagismo Uso nocivo de substâncias ilícitas Uso nocivo de álcool Ansiedade Estresse Transtorno de Estresse Pós-Traumático Síndrome metabólica
Estímulos contextuais	Influenciam de forma indireta as mulheres privadas de liberdade a desenvolverem o padrão pressórico desequilibrado (ROY, 2009).	Insônia Excesso de peso corporal Dislipidemia Doença cardiovascular Diabetes
Estímulos residuais	Estimulam de forma menos intensa o comportamento do padrão pressórico desequilibrado nas mulheres privadas de liberdade. Não está totalmente esclarecida qual a influência desses estímulos para que ocorra um padrão pressórico desequilibrado (ROY, 2009).	Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial Pessoas em vulnerabilidade social Mulheres Pessoas com idade maior que 30 anos

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2022.

8.1.2 Definições conceituais e operacionais dos antecedentes do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade:

As definições conceituais e operacionais dos antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade foram construídas a partir da Revisão Integrativa de Literatura, da consulta a outros artigos científicos sobre a temática, de dicionários especializados na área de saúde e da experiência da pesquisadora e orientadoras (Quadro 5). Essas definições auxiliaram a construção do instrumento utilizado na terceira etapa do estudo.

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2022.

(Continua)

<p>Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco: Definição conceitual: Pouco ou nenhum conhecimento/entendimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de uma pressão arterial instável (FERREIRA, 2010; BARROSO et al., 2021). Definição operacional: O conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco será avaliado pelo relato verbal do indivíduo após o entrevistador realizar o seguinte questionamento: quais fatores que você conhece aumentam o risco de desenvolvimento de uma pressão arterial instável (elevada ou diminuída)? Cada fator de risco que o indivíduo responder e acertar receberá a nota 1, conforme os fatores de risco pré-estabelecidos: (1) Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco (1) Excesso de peso corporal (sobrepeso e obesidade) (1) Sedentarismo (1) Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica (1) Tabagismo (1) Dislipidemia (1) Uso nocivo de substâncias ilícitas (1) Uso nocivo de álcool (1) Ansiedade (1) Estresse (1) Insônia (1) Síndrome metabólica (1) Diabetes (1) Transtorno de Estresse Pós-Traumático (1) Doença cardiovascular (1) Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial (1) Pessoas em vulnerabilidade social (1) Mulheres (1) Pessoas com idade maior que 30 anos Será considerado que o conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco está presente quando a pessoa tiver um escore menor que 10 pontos.</p>
<p>Excesso de peso corporal: Definição conceitual: Excesso de peso devido ao acúmulo de gordura corporal resultante de um desequilíbrio energético prolongado, o qual pode ser ocasionado por um excessivo consumo de calorias e/ou inatividade física (WHO, 1998). Definição operacional: Para avaliar este fator, o examinador deverá realizar pesagem e medição da mulher com balança calibrada e estadiômetro íntegro e, após, deverá calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), a partir da fórmula peso (kg)/altura (m)² (WHO, 1998). Quando o resultado estiver entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m² a mulher será considerada com sobrepeso e quando for maior ou igual a 30 kg/m², será considerada com obesidade. Ao pesar a mulher, o examinador deverá certificar-se de que a mesma está descalça, com roupas leves e peso distribuído em ambos os pés. Para medir a altura, o examinador deve colocar a mulher 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, as panturrilhas e os calcanhares deverão estar em contato com o estadiômetro para que então a leitura seja realizada (BRASIL, 2011c).</p>
<p>Sedentarismo: Definição conceitual: Ausência de atividade física caracterizada por qualquer comportamento com baixo gasto de energia (1,5 METS ou menos) quando a pessoa está sentada, reclinada ou deitada (WHO, 2020).</p>

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2022.

(Continua)

<p>Definição operacional: O item será avaliado por meio do relato verbal da mulher de ausência de realização de, pelo menos, 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica moderada a vigorosa por semana, considerando o último mês. A intensidade moderada será considerada quando, em uma escala relativa à capacidade pessoal, a mulher der uma nota entre 5 e 6 considerando uma escala de 0-10 (WHO, 2020).</p>
<p>Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica: Definição conceitual: Alimentação com as seguintes características: excesso de calorias (mais de, em média, 2000 calorias por dia); excesso de sal (mais de 5 g de sal por dia, o equivalente a mais de uma colher rasa de chá); consumo frequente (maioria dos dias da semana) de alimentos industrializados e ultraprocessados; consumo exagerado de alimentos, especialmente carboidratos e gorduras; e consumo frequente (maioria dos dias da semana) de alimentos fora dos horários habituais de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches) (BRASIL, 2013). Definição operacional: Esse fator será avaliado por meio do relato verbal após inquérito alimentar, considerando a alimentação no último mês, no qual será considerado o consumo de alimentos ricos em sódio, carboidratos e gorduras, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Os seguintes itens serão avaliados, sendo que cada um deles terá uma pontuação de 1 quando em concordância com o relato da entrevistada, a qual servirá para calcular um escore final: (1 ponto) Coloca mais sal nos alimentos quando estão servidos no prato. (1 ponto) Come algum dos alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas (por ex. charque), hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana. (1 ponto) Come algum dos alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados numa frequência de quatro a cinco vezes ou mais por semana. (1 ponto) Come frequentemente fora do horário habitual de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches). (1 ponto) Exagera na quantidade de alimentos colocados no prato, especialmente, carboidratos e gorduras. Ao final do inquérito, será considerado que o fator está presente se a mulher somar dois ou mais pontos no total.</p>
<p>Tabagismo: Definição conceitual: Consumo de cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cujo princípio ativo é a nicotina, que pode comprometer a saúde (INCA, 2007). Definição operacional: O tabagismo estará presente quando a mulher relatar que fumou mais de 100 cigarros, ou cinco maços de cigarros, em toda a sua vida. Será classificada como tabagista atual aquela que afirmar que continua fumando atualmente, e ex-tabagista a mulher que afirmar ter parado de fumar no momento da entrevista (CDC, 2017).</p>
<p>Ansiedade: Definição conceitual: Sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, que promove tensão, desconforto e preocupação. Esse sentimento funciona como um mecanismo de defesa, pois ocorre em situações em que é necessária a antecipação do perigo, daquilo que é desconhecido ou estranho (CASTILLO et al., 2000). Definição operacional: O fator será avaliado por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), que foi desenvolvida em 1983 (ZIGMOND; SNAITH, 1983) e validada no Brasil em 1995 (BOTEGA et al., 1995). A referida escala é constituída por sete itens voltados para avaliação da ansiedade e sete para avaliação da depressão. O entrevistador deverá ler em voz alta as questões referentes à ansiedade e assinalar a resposta que a mulher indicar, solicitando que a mesma se baseie em como se sentiu na última semana. Ao final, será calculado o escore final, que se for maior ou igual a 12, será considerado que a ansiedade está presente (ZIGMOND; SNAITH, 1983).</p>

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2022.

(Continua)

<p>Estresse: Definição conceitual: Reação do organismo que ocorre mediante a vivência de situações perigosas e ameaçadoras e está relacionada a respostas físicas, psicológicas, mentais e hormonais (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999). Definição operacional: O item será avaliado por meio da aplicação da Escala de Estresse Percebido em sua versão reduzida (PSS-10), a qual foi desenvolvida em 1983 (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983) e validada no Brasil em 2007. A referida escala é formada por dez itens em sua versão reduzida e mede o grau com que as pessoas percebem as situações como estressantes (LUFT et al., 2007). O entrevistador lerá os itens em voz alta e deverá assinalar a alternativa escolhida pela mulher baseando-se nos seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Ao final, será calculado o escore total (pode variar de 0 a 40), sendo que, para esse estudo, será considerado que o fator está presente para as mulheres que apresentarem um escore de 20 ou mais pontos.</p>
<p>Uso nocivo de substâncias ilícitas: Definição conceitual: Padrão de uso de qualquer substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei e pode gerar problemas sociais, legais, ocupacionais, financeiros ou de saúde ou que tem o potencial para criar tais problemas se houver persistência do uso dessa substância (HUMENIUK et al., 2020). Definição operacional: O fator será avaliado por meio 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. 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 aqueles 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 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) (ALI et al., 2002). O fator estará presente para as mulheres com pontuações entre 4 e 26 (uso nocivo de substâncias).</p>
<p>Uso nocivo de álcool: Definição conceitual: Padrão de consumo de álcool que promove danos à saúde física e mental e às relações sociais e interpessoais (WHO, 2001). Definição operacional: O fator será avaliado por meio 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. O entrevistador deverá aplicar o ASSIST e, ao final da entrevista, calcular a pontuação total dos itens 2 a 7, em relação ao uso de álcool. Indivíduos com pontuações até 10 são considerados usuários de baixo risco, os quais são aqueles que, embora usem álcool ocasionalmente, ainda não apresentam problemas relacionados a esse uso. Pessoas com pontuações entre 11 e 26 podem fazer uso nocivo de álcool e apresentam risco moderado de desenvolvimento de problemas devido a esse uso. Pessoas com pontuações de 27 ou mais apresentam alto risco de dependência da substância investigada (ALI et al., 2002). O fator estará presente para as mulheres com pontuações entre 11 e 26 (uso nocivo de álcool).</p>
<p>Dislipidemia Definição conceitual: Alterações nos níveis plasmáticos de lipídeos que podem comprometer a saúde (FALUDI et al., 2017).</p>

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2022.

(Continua)

<p>Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de dislipidemia em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu dislipidemia diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida, ou quando houver registro de algum dos seguintes exames laboratoriais em seu prontuário: colesterol LDL \geq 160 mg/dL ou triglicérides \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum, ou colesterol HDL $<$ 50 mg/dL (FALUDI et al., 2017).</p>
<p>Diabetes: Definição conceitual: Distúrbio metabólico em que ocorre hiperglicemia persistente, que pode ser devido à deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos (GOLBERT et al., 2019). Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de diabetes em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu diabetes diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida ou quando houver dois registros de algum dos seguintes exames laboratoriais em seu prontuário: glicemia de jejum com valor \geq 126 mg/dl ou medição de glicose duas horas após sobrecarga com 75g de glicose \geq 200 mg/dl ou medição de glicemia ao acaso com valor \geq 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% (GOLBERT et al., 2019).</p>
<p>Síndrome metabólica: Definição conceitual: Síndrome complexa caracterizada por um conjunto de fatores de risco cardiovascular relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina (BRASIL, 2005). Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de síndrome metabólica em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu síndrome metabólica em algum momento de sua vida ou quando houver registro em seu prontuário da presença combinada de, pelo menos, três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida por meio de circunferência abdominal $>$ 88 cm, triglicérides $>$ ou = a 150 mg/dl, colesterol HDL $<$ 50 mg/dl, pressão arterial $>$ ou = 130 mmHg e $>$ ou = a 85 mmHg, glicemia de jejum $>$ ou = a 110 mg/dl (BRASIL, 2005).</p>
<p>Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Definição conceitual: Transtorno que ocorre após a exposição a um evento traumático, representado por sintomas persistentes de revivência, evitação e entorpecimento com excitabilidade aumentada. O evento traumático refere-se a uma situação de estresse que foi vivenciada ou testemunhada, na qual houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela. Frente a essa situação, a pessoa reage com medo e tenta evitar relembrar a experiência (SBARDELLOTO et al., 2011). Definição operacional: O fator estará presente quando houver relato atual ou de histórico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu Transtorno de Estresse Pós-Traumático diagnosticado por um médico em algum momento de sua vida (SBARDELLOTO et al., 2011).</p>
<p>Doença cardiovascular: Definição conceitual: Grupo de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos, a saber: doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares (PRÉCOMA et al., 2019).</p>

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos antecedentes clínicos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2022.

(Conclusão)

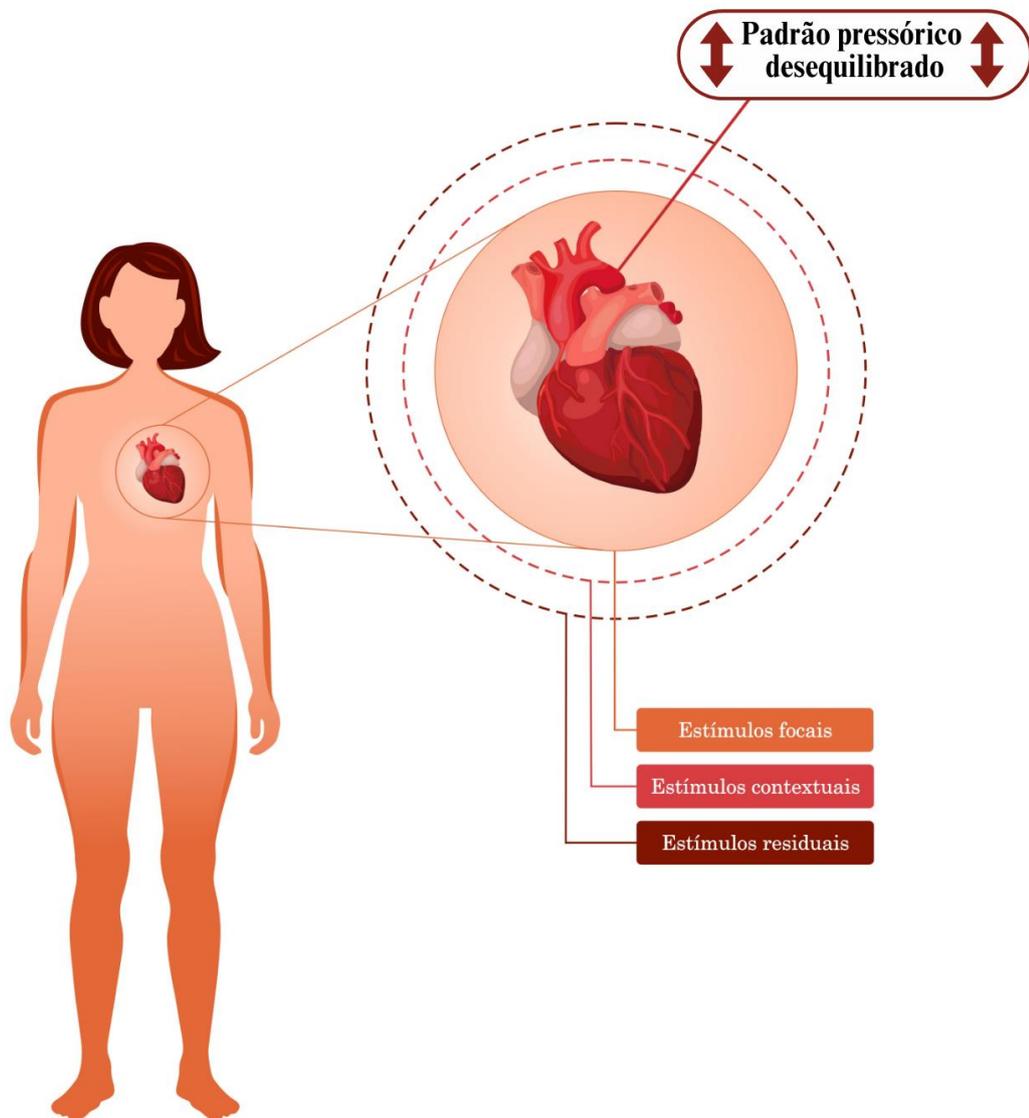
<p>Definição operacional: O item será avaliado pelo relato atual ou de histórico de alguma doença cardiovascular (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares). Tal relato ocorre por meio de: prontuário médico ou pela declaração da mulher de que possui/possuiu doença cardiovascular (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares) diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida (PRÉCOMA et al., 2019).</p>
<p>Insônia: Definição conceitual: Incapacidade de dormir que pode estar relacionada à dificuldade em iniciar ou manter o sono durante toda a noite e ao despertar precoce, o que promove uma má qualidade do sono e comprometimento do desempenho nas atividades diurnas (NEVES et al., 2013). Definição operacional: O item será avaliado pelo relato verbal de incapacidade de dormir, sendo considerado que o fator está presente nos casos em que a mulher relatar dificuldade para iniciar ou manter o sono durante toda a noite, ou despertar precoce, no último mês (NEVES et al., 2013).</p>
<p>Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial: Definição conceitual: Pessoas que apresentam familiares (parentes de primeiro grau — pai, mãe e filhos) com histórico de hipertensão arterial (PRÉCOMA et al., 2019; BARROSO et al., 2021). Definição operacional: O fator estará presente quando houver relato verbal da mulher de histórico de hipertensão arterial em parentes de primeiro grau (pai, mãe e filhos) (PRÉCOMA et al., 2019; BARROSO et al., 2021).</p>
<p>Pessoas em vulnerabilidade social: Definição conceitual: Grupos de pessoas que estão à margem da sociedade, vivendo em isolamento social, em condições de violência, minorias étnicas (negros e pardos), pessoas com baixo nível socioeconômico e de educação e acesso precário a serviços de saúde (SCOTT et al., 2018). Definição operacional: O fator estará presente quando houver relato verbal da mulher de viver ou ter vivido em isolamento social, em condições de violência, se considerar uma minoria étnica vulneráveis (autodeclarar-se negra ou parda), possuir baixo nível socioeconômico e de educação e referir acesso precário a serviços de saúde (SCOTT et al., 2018).</p>
<p>Mulheres: Definição conceitual: Pessoa do sexo biológico feminino (FERREIRA, 2010). Definição operacional: O fator será avaliado por meio do reconhecimento do entrevistador do sexo biológico feminino, por visualização de características físicas, bem como de questionamento sobre qual o sexo biológico.</p>
<p>Pessoas com idade maior que 30 anos: Definição conceitual: Pessoas que apresentam idade maior de 30 anos contada a partir da data de nascimento (FERREIRA, 2010). Definição operacional: O fator estará presente quando o entrevistador perguntar a mulher sobre sua idade e essa responder que possui idade acima de 30 anos. O entrevistador deverá também confirmar a idade por meio da data de nascimento da mulher (FERREIRA, 2010).</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

8.1.3 Diagrama pictórico do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade:

A Figura 6 apresenta o pictograma com a inter-relação entre os conceitos do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade.

Figura 6 – Pictograma dos conceitos relacionados ao Risco de padrão pressórico desequilibrado nas mulheres privadas de liberdade. Recife-PE, 2022.



Estímulos focais	Estímulos contextuais	Estímulos residuais
<ul style="list-style-type: none"> - Sedentarismo - Alimentação hipercalórica - Alimentação hipersódica - Tabagismo - Uso nocivo de substâncias ilícitas - Uso nocivo de álcool - Ansiedade - Estresse - Transtorno de Estresse Pós-Traumático - Síndrome metabólica 	<ul style="list-style-type: none"> - Insônia - Excesso de peso corporal - Dislipidemia - Doença cardiovascular - Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco - Pessoas em vulnerabilidade social - Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial - Pessoas com idade maior que 30 anos - Mulheres

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2022.

O pictograma acima explica as inter-relações entre os conceitos que envolvem o Risco de padrão pressórico desequilibrado nas mulheres privadas de liberdade. O coração representa o organismo humano, que, nesse caso, é a representação da mulher privada de liberdade. O coração humano é influenciado por diversos estímulos que podem gerar respostas cardiovasculares ineficazes, dentre essas, um padrão pressórico desequilibrado (elevação ou redução da pressão), representado pela saída da artéria aorta. Considera-se que o padrão pressórico desequilibrado pode produzir consequências importantes para a saúde das mulheres privadas de liberdade.

Os estímulos focais influenciam diretamente a mulher privada de liberdade e são os principais responsáveis por aumentar a suscetibilidade dessa mulher para desenvolver o comportamento do padrão pressórico desequilibrado. Os estímulos contextuais são os que influenciam indiretamente as mulheres privadas de liberdade a desenvolverem o padrão pressórico desequilibrado e os estímulos residuais são os que estimulam de forma menos intensa esse comportamento. Não está totalmente esclarecida qual a influência desses estímulos residuais para ocorrer um padrão pressórico desequilibrado. Os círculos tracejados entre os estímulos indicam que esses poderão ser reclassificados a depender da intensidade com que afetam as pessoas.

8.1.4 Proposições da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade:

A seguir, são apresentadas as sete proposições teóricas construídas com a inter-relação entre os conceitos (atributos essenciais e antecedentes clínicos/estímulos) do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade, com base no MAR.

1. Os estímulos focais **sedentarismo, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, tabagismo e uso nocivo de álcool e substâncias ilícitas** são hábitos de vida frequentemente adotados pelas mulheres privadas de liberdade que podem afetar diretamente a pressão arterial e gerar o comportamento do padrão pressórico desequilibrado (elevação ou redução).
2. Os estímulos focais **ansiedade, estresse e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático** estão relacionados ao confinamento no ambiente prisional e às experiências traumáticas vivenciadas antes ou durante o aprisionamento. Influenciam diretamente o desenvolvimento do comportamento do padrão pressórico desequilibrado (elevação) nas mulheres privadas de liberdade.
3. A **síndrome metabólica** é um estímulo focal que pode ocorrer em decorrência do acúmulo de alguns fatores de risco cardiovascular nas mulheres privadas de liberdade e pode favorecer intensamente o comportamento do padrão pressórico desequilibrado (elevação), aumentando a vulnerabilidade dessas.
4. A **insônia** é um estímulo contextual que potencializa o comportamento do padrão pressórico desequilibrado (elevação) e pode estar relacionado à estrutura física do ambiente prisional, bem como às questões ligadas à saúde mental das mulheres privadas de liberdade.
5. Os estímulos contextuais **excesso de peso corporal, dislipidemia, doença cardiovascular e diabetes** são condições clínicas que potencializam o comportamento do padrão pressórico desequilibrado (elevação) nas mulheres privadas de liberdade.
6. O **conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco** é um estímulo residual que afeta as ações de autocuidado voltadas para a manutenção de uma boa pressão arterial, por isso, ele pode influenciar indiretamente o comportamento do padrão pressórico desequilibrado (elevação) nas mulheres privadas de liberdade.
7. Os estímulos residuais: **pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial, pessoas em vulnerabilidade social, pessoas com idade maior que 30 anos e mulheres** podem influenciar de forma menos intensa o desenvolvimento do comportamento do padrão pressórico desequilibrado (elevação).

8.1.5 Relações causais entre os conceitos do Risco de padrão pressórico desequilibrado:

As relações causais e evidências para a prática constituem elementos importantes de uma TMA construída para apoiar a validade teórico-causal de um DE (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). A seguir, apresentam-se as 19 relações de causalidade entre os antecedentes clínicos (estímulos) e os atributos essenciais do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Essas relações elucidam o modelo teórico causal e facilitam a condução do raciocínio diagnóstico em enfermagem, por estarem ancoradas na literatura científica.

1. **Sedentarismo:** existe uma relação entre baixos níveis de atividade física e a elevação da pressão arterial. Pessoas sedentárias estão mais predispostas a apresentarem níveis pressóricos elevados (BARROSO et al., 2021).
2. **Alimentação hipersódica:** o consumo de uma dieta com níveis altos de sódio (superior a 5g de sal de cozinha= uma colher rasa de chá) pode precipitar níveis pressóricos elevados devido à ação direta do sódio na pressão arterial (BARROSO et al., 2021).
3. **Alimentação hipercalórica:** o consumo de uma dieta rica em gorduras, carboidratos, alimentos industrializados e processados, pode predispor ao aumento dos níveis pressóricos devido ao processo de aterogênese (BARROSO et al., 2021).
4. **Tabagismo:** o tabagismo altera o balanço do sistema nervoso autonômico e leva a uma ativação do sistema nervoso simpático, a qual está relacionada com alterações agudas da pressão arterial, especialmente, a elevação (SOUSA, 2015).
5. **Uso nocivo de substâncias ilícitas:** o uso de algumas substâncias ilícitas (cocaína, maconha, alucinógenos — LSD, anfetaminas e seus derivados, como o ecstasy) promovem uma relevante estimulação do sistema nervoso simpático, a qual favorece a elevação aguda da pressão arterial (PLAVNIK, 2002). Outras drogas ilícitas (heroína e outros opioides) induzem o aumento da atividade parassimpática, com consequente bradicardia e redução da pressão arterial (ANSELMINO; MATTA; GAITA, 2014).
6. **Uso nocivo de álcool:** o consumo de bebidas alcoólicas está relacionado à elevação aguda e progressiva da pressão arterial, especialmente um consumo nocivo/abusivo, ou seja, que corresponde a mais 30 g de álcool/dia, tais como: uma garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 mL) ou duas taças de vinho (12% de álcool, 250 mL), ou uma dose (42% de álcool, 60 mL) de destilados (uísque, vodca, aguardente). Para mulheres, esse limite deve ser reduzido pela metade (ROERECKE et al., 2017).
7. **Ansiedade:** a ansiedade é um fator emocional que promove ativação do sistema nervoso simpático, o qual pode precipitar a elevação da pressão arterial. (FONSECA et al., 2009).

8. **Estresse:** o estresse promove uma estimulação do sistema nervoso simpático e inibição do sistema nervoso parassimpático, o que precipita a elevação aguda da pressão arterial e da frequência cardíaca. Quando ocorre de forma crônica, pode favorecer o desenvolvimento de hipertensão e assim atuar como um fator reforçador da elevação da pressão arterial (LIMA JUNIOR; LIMA NETO, 2010).
9. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT):** pessoas expostas a traumas severos, como guerras, desastres naturais e violência sexual, podem apresentar o TEPT, que atua como um fator reforçador da elevação da pressão arterial devido à: hiperatividade do sistema nervoso simpático, redução da atividade do sistema nervoso parassimpático e diminuição da sensibilidade do barorreflexo (FONKOUÉ et al., 2020).
10. **Síndrome metabólica:** a síndrome metabólica é uma condição clínica complexa relacionada à deposição central de gordura e à resistência à insulina, a qual promove hiperinsulinemia, que pode favorecer a elevação da pressão arterial por meio de: estímulo à atividade simpática, retenção de água e sódio nos rins e proliferação da musculatura lisa das paredes arteriais. Assim, esse fator pode atuar como reforçador de uma pressão arterial elevada (POZZAN et al., 2002).
11. **Insônia:** a insônia provoca uma má qualidade do sono, que pode predispor à elevação da pressão arterial devido a: estressores físicos e psicossociais de vigília, atividade aumentada do sistema nervoso simpático, modificações na exposição a aumento de pressão e frequência cardíaca de 24 horas e aumento da retenção de sódio (LIU et al., 2016).
12. **Excesso de peso corporal:** o excesso de peso corporal possui relação com os níveis de pressão arterial (BARROSO et al., 2021). Quanto maior o excesso de peso, maiores são os depósitos de gordura visceral, os quais desencadeiam processos metabólicos, hormonais, inflamatórios e endoteliais que predisõem à elevação da pressão arterial (DAS et al., 2018).
13. **Dislipidemia:** a dislipidemia favorece o processo de aterogênese, o qual está associado ao aumento de substâncias que promovem o estresse oxidativo e a maior expressão de receptores responsáveis pela vasoconstrição, o que resulta em disfunção endotelial e, conseqüentemente, predisõe à elevação da pressão arterial. A presença simultânea de dislipidemia e hipertensão agrava o risco cardiovascular dos indivíduos (FEIO et al., 2020).

14. **Doença cardiovascular:** doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos podem ocasionar alterações na pressão arterial (elevação ou redução), como também a hipertensão arterial sistêmica poderá, progressivamente, lesionar o coração e outros órgãos vitais. As DCV são condições associadas a casos mais avançados de elevação da pressão arterial (BARROSO et al., 2021).
15. **Diabetes:** A diabetes é uma condição clínica em que ocorre hiperinsulinemia, que pode favorecer a elevação da pressão arterial por meio do estímulo ao sistema nervoso simpático, da retenção de sódio e água nos rins e da proliferação da musculatura lisa das paredes arteriais. Assim, a diabetes atua como um fator reforçador da elevação da pressão arterial (MATOZINHOS et al., 2011).
16. **Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco:** o nível de conhecimento e conscientização dos indivíduos sobre os fatores de risco que levam ao adoecimento pode estar relacionado ao seu comportamento em relação a sua saúde. É provável que indivíduos com baixo nível de conhecimento e conscientização sobre os fatores que levam a uma pressão arterial desequilibrada adotem hábitos de vida prejudiciais à saúde, os quais poderão predispor e reforçar uma pressão arterial elevada (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016; SILVA et al., 2021).
17. **Pessoas em vulnerabilidade social:** pessoas que apresentam vulnerabilidades sociais, como: viver em isolamento social; em condições de violência; minorias étnicas - negros e pardos; baixo nível socioeconômico e de educação; e acesso precário a serviços de saúde estão mais predispostas à elevação da pressão arterial com a idade, devido a mecanismos de aumento da atividade simpática, ativação do eixo hipotálamo-adrenal-cortisol e atenuação da função vagal (MARIOSIA; FERRAZ; SANTOS-SILVA, 2018; MILL, 2019; BARROSO et al., 2021).
18. **Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial:** a elevação da pressão arterial possui forte componente genético, com vários genes envolvidos no controle da pressão arterial. Assim, as pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial possuem maior suscetibilidade à elevação da pressão arterial (BARROSO et al., 2021).
19. **Mulheres:** mulheres apresentam maior elevação pressórica ao longo da vida, quando comparadas aos homens (BARROSO et al., 2021). Uma justificativa para isso, é que as mulheres estão geralmente imersas em um pior contexto psicoemocional, devido aos múltiplos papéis ocupados na sociedade, que geram sobrecarga de trabalho e produzem estresse emocional, o qual está relacionado a mecanismos responsáveis pela elevação

da pressão arterial (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016). Além disso, as mulheres estão expostas ao longo da vida a condições que as colocam em maior suscetibilidade para uma pressão arterial elevada, como o uso de contraceptivo oral, a gestação e a menopausa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

20. **Pessoas com idade maior que 30 anos:** pessoas com idade acima de 30 anos possuem maior suscetibilidade à elevação da pressão arterial (PLUGGE et al., 2009; SILVA et al., 2016), devido ao aumento do débito cardíaco ou da resistência periférica, que ocorre aproximadamente nessa idade. Ressalta-se que entre os 30 e 50 anos é que os níveis tensionais se apresentam mais elevados (SILVA et al., 2016).

8.1.6 Proposta do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável:

Com base nos atributos essenciais, antecedentes identificados na revisão da literatura e nas relações causais estabelecidas na TMA, foi realizada uma proposta de refinamento do título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável. Para tal, consideraram-se: o que está previsto na norma ISO 18.104 sobre as terminologias de referência em enfermagem (ISO, 2023); e as definições da NANDA-I referentes ao título diagnóstico, sendo o *status* diagnóstico (diagnóstico de Risco) associado ao eixo foco (padrão pressórico) e ao eixo julgamento (desequilibrado). A definição foi construída para fornecer uma descrição clara e precisa do título diagnóstico. Foram categorizados os antecedentes clínicos, que são os fatores etiológicos do DE avaliado, em fatores de risco, condições associadas e populações em risco, conforme as recomendações da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A seguir, no Quadro 6, tem-se um comparativo entre a proposta do DE Risco de pressão arterial instável estabelecida pela NANDA-I e a proposta construída com base na TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado em mulheres privadas de liberdade. A proposta construída a partir da TMA é apresentada com um novo título diagnóstico, uma nova definição, dez fatores de risco, cinco condições associadas e quatro populações em risco. Tem-se uma reformulação da estrutura diagnóstica, a qual foi utilizada na segunda etapa deste estudo.

Quadro 6 – Comparativo entre a proposta do DE Risco de pressão arterial instável pela NANDA-I e pela TMA. Recife-PE, 2022.

Proposta da NANDA-I	Proposta da TMA
Título: Risco de pressão arterial instável	Título: Risco de <u>padrão pressórico desequilibrado</u>
Definição: suscetibilidade a forças flutuantes do sangue fluindo através dos vasos arteriais que pode comprometer a saúde.	Definição: <u>Suscetibilidade à elevação ou redução recorrentes da força exercida pelo sangue na parede das artérias, acima ou abaixo dos níveis desejados, o que pode comprometer a saúde.</u>
Fatores de risco: inconsistência com o regime medicamentoso e ortostasia.	Fatores de risco: <u>conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, excesso de peso corporal, sedentarismo, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, tabagismo, uso nocivo de substâncias ilícitas, uso nocivo de álcool, ansiedade, estresse, insônia.</u>
Condições associadas: efeitos adversos de preparações farmacêuticas, efeitos adversos de cocaína, disritmia cardíaca, síndrome de cushing, retenção de fluidos, mudanças de fluido, mudanças hormonais, hiperparatireoidismo, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipertensão intracraniana, preparações farmacêuticas, rápida absorção e distribuição de preparações farmacêuticas, respostas do simpático.	Condições associadas: <u>dislipidemia, síndrome metabólica, diabetes, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, doença cardiovascular.</u>
Populações em risco: Não há descrição.	Populações em risco: <u>pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial, pessoas em vulnerabilidade social, mulheres, pessoas com idade maior que 30 anos.</u>

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

A proposta de mudança do título diagnóstico e da definição foi feita com base nos atributos essenciais e mostrou-se necessária com a finalidade de maior clareza do fenômeno em estudo, de forma que facilite o reconhecimento do diagnóstico de enfermagem pelos enfermeiros durante o processo de julgamento clínico e raciocínio diagnóstico. Sobre os fatores de risco, condições associadas e populações em risco, observa-se uma diferenciação da proposta da NANDA-I, com a inclusão e ampliação desses.

8.2 SEGUNDA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

8.2.1 Caracterização dos juízes

Foram convidados 138 enfermeiros para participarem como juízes, sendo que desses, 49 concordaram em participar do estudo e responderam ao material completo no tempo programado. A Tabela 3, descrita a seguir, apresenta a caracterização dos juízes que compuseram a amostra final.

Tabela 3 - Caracterização dos juízes participantes da etapa de validade de conteúdo do DE Risco de pressão arterial instável. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	41	83,7
Masculino	8	16,3
Região de trabalho		
Nordeste	33	67,3
Centro-oeste	1	2,0
Sul	4	8,2
Sudeste	9	18,4
Exterior (fora do Brasil)	2	4,1
Titulação		
Especialização	8	16,3
Mestrado	20	40,8
Doutorado	21	42,9
Ocupação atual		
Docente	18	36,7
Enfermeiro assistencial	24	49,0
Docente e enfermeiro assistencial	5	10,2
Pesquisador	1	2,0
Aposentado	1	2,0
Produção científica		
Terminologias de enfermagem	37	75,5
DE ⁺ Risco de pressão arterial instável	5	10,2
Privação de liberdade	7	14,3
Participação em grupo de pesquisa		
Sim	38	77,6
Não	11	22,4
Nível de expertise		
Novato	5	10,2
Iniciante avançado	26	53,1
Competente	15	30,6
Proficiente	2	4,1
Expert	1	2,0

Tabela 3 - Caracterização dos juízes participantes da etapa de validade de conteúdo do DE Risco de pressão arterial instável. Recife-PE, 2022.

Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	(Conclusão)
					Valor p*
Idade	34,96	7,81	33,00	7	0,000
Tempo experiência profissional	10,78	8,08	9,00	7	0,000
Tempo experiência cardiologia	5,69	6,74	3,00	9	0,000
Tempo grupo de pesquisa	5,31	5,88	4,00	8	0,000

Fonte: elaborado pela autora, 2022. Legenda: *Teste Shapiro-Wilk; DP- Desvio Padrão; IIQ- Intervalo Interquartilico; †DE- Diagnóstico de Enfermagem

Conforme os dados apresentados na Tabela 3, a maioria dos enfermeiros que compôs a amostra final possuía o seguinte perfil: era do sexo feminino (83,7%), trabalhava na região nordeste do Brasil (67,3%), tinha titulação máxima no nível doutorado (42,9%), desenvolvia suas atividades como enfermeiros assistenciais (49,0%), possuía produções científicas relacionadas às terminologias de enfermagem (75,5%) e atuava em grupo de pesquisa que envolve a temática das terminologias de enfermagem e/ou cardiologia (77,6%). Sobre o nível de expertise, 53,1% dos juízes foram classificados no nível iniciante avançado e 30,6% no 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, adotados os valores de mediana como referência. Assim, a mediana de 33 anos ($IIQ \pm 7$) correspondeu à idade dos enfermeiros. Sobre os tempos de experiência profissional, experiência na área de cardiologia e de grupo de pesquisa, as medianas de nove anos ($IIQ \pm 7$), três anos ($IIQ \pm 9$) e quatro anos ($IIQ \pm 8$), respectivamente, foram representativas da amostra.

8.2.2 Título e definição do DE Risco de pressão arterial instável

Após a TMA, foram construídos e propostos um novo título e uma nova definição para o DE estudado. As mudanças realizadas foram apresentadas aos juízes junto ao título e definição propostos pela NANDA-I (2021), para julgamento quanto à adequação. Os resultados apresentados na Tabela 4 demonstram que 61,2% dos juízes concordaram que o título da NANDA-I (2021) foi o mais adequado, e 87,2% dos juízes escolheram a nova definição construída com base na TMA como mais adequada ao fenômeno estudado.

Tabela 4 - Dados referentes à escolha da adequação do título e da definição do DE Risco de pressão arterial instável pelos juízes, com base na proposta da NANDA-I e da TMA construída. Recife-PE, 2022.

Variáveis	N	%
Título		
Risco de pressão arterial instável (NANDA-I, 2021)	30	61,2
Risco de padrão pressórico desequilibrado (TMA)	19	38,8
Definição		
Definição 1 (NANDA-I, 2021)	6	12,2
Definição 2 (TMA)	43	87,8

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Apesar de o título da NANDA-I (2021 – 2023) ter sido considerado o mais adequado para a maioria dos juízes (61,2%), houve algumas sugestões de modificação no intuito de favorecer o raciocínio diagnóstico e a escolha do DE pelos enfermeiros na prática clínica. Com base nessas sugestões, optou-se por modificar o título diagnóstico para Risco de pressão arterial desequilibrada.

Para a definição do DE, obteve-se que 87,2% dos juízes concordaram que a definição construída com base na TMA estava mais adequada, entretanto, também houve algumas sugestões de modificações para facilitar a compreensão, no sentido de melhorar a clareza e precisão da definição. Dessa forma, foi substituída a palavra “sangue” por “fluxo sanguíneo”, resultando na seguinte definição: “Suscetibilidade à elevação ou redução recorrentes da força exercida pelo fluxo sanguíneo na parede das artérias, acima ou abaixo dos níveis desejados, o que pode comprometer a saúde”.

8.2.3 Análise da validade de conteúdo dos fatores etiológicos emergidos da TMA

Na análise dos fatores etiológicos (fatores de risco, condições associadas e populações em risco), os valores de mediana não tiveram aderência à distribuição normal ($p < 0,05$), portanto, utilizaram-se a mediana e seu intervalo de confiança como parâmetros da validade de conteúdo dos aspectos analisados de cada item. Na Tabela 5, são apresentados os resultados da análise da validade de conteúdo da relevância dos fatores etiológicos emergidos da TMA.

Tabela 5 - Análise da validade de conteúdo da relevância dos fatores etiológicos emergidos da TMA. Recife-PE, 2022.

Fatores etiológicos	Teste de Shapiro-Wilk		Mediana ponderada		
	W	Valor p	M	IC95%	
				LI	LS
Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco	0,59	<0,001	0,88	0,88	1,00
Excesso de peso corporal	0,28	<0,001	1,00	1,00	1,00
Sedentarismo	0,11	<0,001	1,00	1,00	1,00
Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica	0,56	<0,001	1,00	0,88	1,00
Tabagismo	0,30	<0,001	1,00	1,00	1,00
Ansiedade	0,56	<0,001	1,00	0,88	1,00
Estresse	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Uso nocivo de substâncias ilícitas	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00
Uso nocivo de álcool	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Insônia	0,46	<0,001	1,00	0,88	1,00
Dislipidemia	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Diabetes	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00
Síndrome metabólica	0,35	<0,001	1,00	1,00	1,00
Transtorno do Estresse Pós-Traumático	0,54	<0,001	1,00	1,00	1,00
Doença cardiovascular	0,23	<0,001	1,00	1,00	1,00
Pessoas com histórico familiar de HA	0,37	<0,001	1,00	1,00	1,00
Pessoas em vulnerabilidade social	0,60	<0,001	0,88	0,87	1,00
Mulheres	0,71	<0,001	0,87	0,87	0,88
Pessoas com idade >30 anos	0,63	<0,001	0,88	0,87	1,00

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Legenda: W: Estatística do teste de normalidade; M: Mediana; IC: Intervalo de Confiança; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior; HA: Hipertensão Arterial.

Todos os 19 fatores etiológicos emergidos da TMA foram considerados estatisticamente válidos (mediana ponderada $\geq 0,8$). Todavia, a partir das sugestões dos juízes, alguns fatores foram reformulados com vistas a melhorar a clareza e compreensão do item, bem como suas definições conceituais e operacionais.

O fator Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco teve seu rótulo ajustado para “conhecimento insuficiente dos fatores de risco” atendendo à sugestão de um juiz que defendeu que o conhecimento difere da compreensão e ambos têm formas distintas de mensuração. Dessa forma, manteve-se apenas o conhecimento no rótulo, de forma que atendesse melhor às definições construídas. A definição operacional desse fator também foi reformulada para considerar a sugestão de outro juiz, o qual recomendou que fatores de risco mais importantes para o DE pontuassem mais. Assim, reformulou-se essa definição

considerando uma nova pontuação para os fatores, conforme a classificação desses em estímulo focal, contextual e residual, feita por meio da TMA.

Para o fator de risco excesso de peso corporal, modificou-se a definição conceitual a partir da inclusão da palavra “positivo” para caracterizar o desequilíbrio energético. Além disso, acrescentou-se na definição operacional a mensuração da circunferência da cintura também para garantir maior precisão na avaliação desse fator. Para o sedentarismo, ajustaram-se as definições conceituais e operacionais para melhorar a clareza e precisão de ambas, a partir da substituição de algumas palavras e descrição de uma sigla, a saber: METS.

O item alimentação hipercalórica e/ou hipersódica foi separado em dois novos itens, para atender melhor às especificidades da classificação da NANDA-I e facilitar a sua mensuração. Desse modo, ajustaram-se também as definições conceituais e operacionais para que ficassem mais adequadas aos novos rótulos “alimentação hipercalórica” e “alimentação hipersódica”.

Para o fator de risco tabagismo, um juiz sugeriu utilizar o teste de Fagerston na definição operacional, entretanto, tal sugestão não foi acatada, porque o referido teste objetiva avaliar a dependência à nicotina e, para este estudo, será avaliado apenas o consumo atual ou progresso de tabaco.

Para o item ansiedade, alguns juízes sugeriram modificar sua definição conceitual, para que ficasse mais clara, e, assim foi feito. Para a definição operacional, foi sugerida a utilização de outro instrumento de mensuração do item, por considerar que a escala proposta (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão- HADS) (BOTEGA et al., 1995) estava voltada para o contexto hospitalar. Nesse caso, substituiu-se na definição operacional essa escala pela versão reduzida da Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse-21 (EADS-21) (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

O fator de risco uso nocivo de substâncias ilícitas teve sua definição conceitual reformulada com a modificação de poucas palavras, para a sentença ficar mais clara, conforme as recomendações dos juízes. Para a definição operacional, sugeriu-se a modificação da pontuação para determinar a presença do fator, para que esse tivesse sua mensuração mais precisa. Assim, incluiu-se que o fator estará presente para as mulheres com pontuações a partir de quatro. Essa mesma sugestão foi dada para a definição operacional do item uso nocivo de álcool, o qual foi reformulado para: o fator estará presente para as mulheres com pontuações a partir de 11.

Para o fator insônia, dois juízes sugeriram a reclassificação desse como uma condição associada. Tal sugestão não foi acatada, por considerar a insônia um fenômeno de enfermagem documentado, inclusive, é atualmente um DE na classificação da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Sendo assim, manteve-se esse item classificado como fator de risco. Além disso, alguns juízes sugeriram que fosse utilizada alguma escala para avaliar tal item na definição operacional. Reformulou-se tal definição incluindo o Índice de Gravidade da Insônia (IGI) (CASTRO, 2011), instrumento validado para avaliar a gravidade da insônia. Dessa forma, espera-se melhorar a precisão da mensuração desse fator.

Para as condições associadas dislipidemia e diabetes, houve modificações nas respectivas definições operacionais, conforme a sugestão de um juiz de incluir que esses itens estarão presentes também quando as mulheres relatarem ingerir medicações hipolipemiantes ou hipoglicemiantes prescritas por um médico.

Sobre a condição associada síndrome metabólica, houve modificações na sua definição operacional, com a inclusão dos termos “sistólica” e “diastólica” em referência à pressão arterial, para melhorar a clareza, segundo sugestões dadas pelos juízes.

Para as populações em risco, foram sugeridos novos rótulos. O item mulheres foi modificado para “sexo feminino” para deixar mais clara a relação entre o sexo biológico e o DE avaliado, conforme recomendação de um juiz. Para os itens: pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial; pessoas em vulnerabilidade social; e pessoas com idade maior que 30 anos foi substituído o termo “pessoas” por “indivíduos” para a linguagem ficar mais adequada à classificação da NANDA-I. A seguir, tem-se o Quadro 7 com a descrição de todas as alterações realizadas, conforme as sugestões dos juízes.

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
Título	
Risco de padrão pressórico desequilibrado	Risco de pressão arterial desequilibrada
Definição	
Suscetibilidade à elevação ou redução recorrentes da força exercida pelo sangue na parede das artérias, acima ou abaixo dos níveis desejados, o que pode comprometer a saúde	Suscetibilidade à elevação ou redução recorrentes da força exercida pelo <u>fluxo sanguíneo</u> na parede das artérias, acima ou abaixo dos níveis desejados, o que pode comprometer a saúde
Fatores etiológicos	
Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco	Conhecimento insuficiente dos fatores de risco
<p>Definição operacional: O conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco será avaliado pelo relato verbal do indivíduo após o entrevistador realizar o seguinte questionamento: quais fatores que você conhece aumentam o risco de desenvolvimento de uma pressão arterial instável (elevada ou diminuída)? Cada fator de risco que o indivíduo responder e acertar receberá a nota 1, conforme os fatores de risco pré-estabelecidos:</p> <p>(1) Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, (1) Excesso de peso corporal (sobrepeso e/ou obesidade), (1) Sedentarismo, (1) Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, (1) Tabagismo, (1) Dislipidemia, (1) Uso nocivo de substâncias ilícitas, (1) Uso nocivo de álcool, (1) Ansiedade, (1) Estresse, (1) Insônia, (1) Síndrome metabólica, (1) Diabetes, (1) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, (1) Doença cardiovascular, (1) Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial, (1) Pessoas em vulnerabilidade social, (1) Mulheres, (1) Pessoas com idade maior que 30 anos.</p> <p>Será considerado que o conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco está presente quando a pessoa tiver um escore menor que 10 pontos.</p>	<p>Definição operacional ajustada: O <u>conhecimento insuficiente</u> dos fatores de risco será avaliado pelo relato verbal do indivíduo após o entrevistador realizar o seguinte questionamento: quais fatores que você conhece aumentam o risco de desenvolvimento de uma pressão arterial instável (elevada ou reduzida)? Cada fator de risco que o indivíduo responder receberá uma nota, conforme o escore criado para este estudo com os fatores de risco pré-estabelecidos. <u>Fatores que possuem maior influência sobre a pressão arterial pontuam mais, segundo a classificação desses, em estímulos focais, contextuais e residuais:</u></p> <p>(1) Conhecimento insuficiente dos fatores de risco, (2) Excesso de peso corporal (sobrepeso e/ou obesidade), (3) Sedentarismo, (3) Alimentação hipercalórica, (3) Alimentação hipersódica, (3) Tabagismo, (2) Dislipidemia (3) Uso nocivo de substâncias ilícitas, (3) Uso nocivo de álcool, (3) Ansiedade, (3) Estresse, (2) Insônia, (3) Síndrome metabólica, (2) Diabetes, (3) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, (2) Doença cardiovascular, (1) Indivíduos com histórico familiar de hipertensão arterial, (1) Indivíduos em vulnerabilidade social, (1) Mulheres (sexo biológico feminino), (1) Indivíduos com idade maior que 30 anos.</p>

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
	Será considerado que o conhecimento insuficiente dos fatores de risco está presente <u>quando a pessoa tiver um escore menor que 22 pontos (Escore total – 44 pontos).</u>
<p align="center">Excesso de peso corporal</p> <p>Definição conceitual: Excesso de peso devido ao acúmulo de gordura corporal resultante de um desequilíbrio energético prolongado, o qual pode ser ocasionado por um excessivo consumo de calorias e/ou inatividade física (WHO, 1998).</p> <p>Definição operacional: Para avaliar este fator, o examinador deverá realizar pesagem e medição da mulher com balança calibrada e estadiômetro íntegro e, após, deverá calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), a partir da fórmula peso (kg)/altura (m)² (WHO, 1998). Quando o resultado estiver entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m² a mulher será considerada com sobrepeso e quando for maior ou igual a 30 kg/m², será considerada com obesidade. Ao pesar a mulher, o examinador deverá certificar-se de que a mesma está descalça, com roupas leves e peso distribuído em ambos os pés. Para medir a altura, o examinador deve colocar a mulher 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, as panturrilhas e os calcanhares deverão estar em contato com o estadiômetro para que então a leitura seja realizada (BRASIL, 2011).</p>	<p align="center">Excesso de peso corporal</p> <p>Definição conceitual ajustada: Excesso de peso devido ao acúmulo de gordura corporal resultante de um desequilíbrio energético positivo prolongado, o qual pode ser ocasionado por um excessivo consumo de calorias e/ou inatividade física (WHO, 1998).</p> <p>Definição operacional ajustada: Para avaliar este fator, <u>serão considerados os valores do IMC e/ou da circunferência da cintura.</u> O examinador deverá realizar pesagem e medição da mulher com balança calibrada e estadiômetro íntegro e, após, deverá calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), a partir da fórmula peso (kg)/altura (m)² (WHO, 1998). Quando o resultado estiver entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m² a mulher será considerada com sobrepeso e quando for maior ou igual a 30 kg/m², será considerada com obesidade. Ao pesar a mulher, o examinador deverá certificar-se de que a mesma está descalça, com roupas leves e peso distribuído em ambos os pés, sem calçados. Para medir a altura, o examinador deve colocar a mulher 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, as panturrilhas e os calcanhares deverão estar em contato com o estadiômetro para que então a leitura seja realizada (BRASIL, 2011c). <u>Para a medição da circunferência da cintura (medida com fita métrica no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca), será considerado que para um valor ≥ 80 cm (WHO, 1998; BRASIL, 2011c) o fator está presente.</u></p>
Sedentarismo	Sedentarismo

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
<p>Definição conceitual: Ausência de atividade física caracterizada por qualquer comportamento com baixo gasto de energia (1,5 METS ou menos) quando a pessoa está sentada, reclinada ou deitada (WHO, 2020).</p> <p>Definição operacional: O item será avaliado por meio do relato verbal da mulher de ausência de realização de pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica moderada a vigorosa por semana, considerando o último mês. A intensidade moderada será considerada quando, em uma escala relativa à capacidade pessoal, a mulher der uma nota entre 5 e 6 considerando uma escala de 0-10 (WHO, 2020).</p>	<p>Definição conceitual ajustada: Ausência de atividade física caracterizada por qualquer comportamento com baixo gasto de energia (< ou = 1,5 <u>Equivalentes Metabólicos de Tarefa-METs</u>) quando a pessoa está sentada, reclinada ou deitada <u>com pouco movimento adicional</u> (WHO, 2020).</p> <p>Definição operacional ajustada: O item será avaliado por meio do relato verbal da mulher de ausência de realização <u>de atividade física ou atividade física aeróbica leve realizada em tempo inferior a 150 a 300 minutos por semana</u>, considerando o último mês. A intensidade leve será considerada quando, em uma escala relativa à capacidade pessoal, a mulher der uma nota abaixo de 5 considerando uma escala de 0-10 (WHO, 2020).</p>
<p>Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica</p> <p>Definição conceitual: Alimentação com as seguintes características: excesso de calorias (mais de, em média, 2000 calorias por dia); excesso de sal (mais de 5 g de sal por dia, o equivalente a mais de uma colher rasa de chá); consumo frequente (maioria dos dias da semana) de alimentos industrializados e ultraprocessados; consumo exagerado de alimentos, especialmente carboidratos e gorduras; e consumo frequente (maioria dos dias da semana) de alimentos fora dos horários habituais de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches) (BRASIL, 2013).</p> <p>Definição operacional: Esse fator será avaliado por meio do relato verbal após inquérito alimentar, considerando a alimentação no último mês, no qual será considerado o consumo de alimentos ricos em sódio, carboidratos e gorduras, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Os seguintes itens serão avaliados, sendo que cada um deles terá uma</p>	<p>Alimentação hipercalórica</p> <p>Definição conceitual ajustada: <u>Alimentação com as seguintes características: excesso de calorias (mais de 2000 calorias por dia, em média); consumo exagerado de alimentos, especialmente carboidratos e gorduras; e consumo frequente (maioria dos dias da semana) de alimentos fora dos horários habituais de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches) (BRASIL, 2013).</u></p> <p>Definição operacional ajustada: Esse fator será avaliado por meio do relato verbal após inquérito alimentar, considerando a alimentação no último mês, no qual será considerado o consumo de alimentos ricos em carboidratos e gorduras, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Os seguintes itens serão avaliados, sendo que será atribuída uma pontuação de 1 quando em concordância com o relato da entrevistada, a qual servirá para calcular um escore final: <u>(1 ponto) Come algum dos alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes,</u></p>

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
<p>pontuação de 1 quando em concordância com o relato da entrevistada, a qual servirá para calcular um escore final:</p> <p>(1 ponto) Coloca mais sal nos alimentos quando estão servidos no prato.</p> <p>(1 ponto) Come algum dos alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas (ex.: charque), hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana.</p> <p>(1 ponto) Come algum dos alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana.</p> <p>(1 ponto) Come frequentemente fora do horário habitual de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches).</p> <p>(1 ponto) Exagera na quantidade de alimentos colocados no prato, especialmente carboidratos e gorduras.</p> <p>Ao fim do inquérito, será considerado que o fator está presente se a mulher somar 2 ou mais pontos no total.</p>	<p><u>carnes salgadas (ex.: charque), hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos (sazon, knnor) numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana.</u></p> <p><u>(1 ponto) Come algum dos alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana.</u></p> <p><u>(1 ponto) Come frequentemente fora do horário habitual de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches).</u></p> <p><u>(1 ponto) Exagera na quantidade de alimentos colocados no prato, especialmente carboidratos e gorduras.</u></p> <p>Ao fim do inquérito, será considerado que o fator está presente se a mulher somar 2 ou mais pontos no total.</p>
<p>Alimentação hipercalórica e/ou hiperssódica</p> <p>Definição conceitual e operacional: as mesmas do item acima</p>	<p>Alimentação hipersódica</p> <p>Definição conceitual ajustada: <u>Alimentação com excesso de sal (mais de 5 g de sal por dia, o equivalente a mais de uma colher rasa de chá) (BRASIL, 2013).</u></p> <p>Definição operacional ajustada: <u>Esse fator será avaliado por meio do relato verbal da mulher, considerando a alimentação no último mês, de colocar mais sal nos alimentos quando estão servidos no prato e/ou comer algum dos alimentos: salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas (ex.: charque), hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos (sazon, knnor), refrigerantes e sucos industrializados</u></p>

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
	<p>numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana (BRASIL, 2013).</p>
<p>Ansiedade</p> <p>Definição conceitual: Sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, que promove tensão, desconforto e preocupação. Esse sentimento funciona como um mecanismo de defesa, pois ocorre em situações em que é necessária a antecipação do perigo, daquilo que é desconhecido ou estranho (CASTILLO et al., 2000).</p> <p>Definição operacional: O fator será avaliado por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), que foi desenvolvida em 1983 (ZIGMOND; SNAITH, 1983) e validada no Brasil em 1995 (BOTEGA et al., 1995). A referida escala é formada sete itens voltados para avaliação da ansiedade e sete para avaliação da depressão. O entrevistador deverá ler em voz alta as questões referentes à ansiedade e assinalar a resposta que a mulher indicar solicitando que a mesma se baseie em como se sentiu na última semana. Ao final, será calculado o escore final, que se for maior ou igual a 12, será considerada que a ansiedade está presente (ZIGMOND; SNAITH, 1983).</p>	<p>Ansiedade</p> <p>Definição conceitual ajustada: <u>Uma resposta emocional a uma ameaça difusa, na qual o indivíduo antecipa perigo iminente não específico, catástrofe ou infortúnio. Essa resposta é caracterizada por sintomas emocionais/comportamentais, fisiológicos e cognitivos (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).</u></p> <p>Definição operacional ajustada: O fator será avaliado por meio da <u>versão reduzida da Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse-21 (EADS-21) (Depression Anxiety Stress Scale-21). Tal escala foi traduzida e validada no Brasil, sendo desenvolvida a partir de três subescalas com sete itens cada, para avaliar depressão, ansiedade e estresse, respectivamente, na semana anterior. O entrevistador lerá os itens em voz alta (serão avaliados somente aqueles referentes à ansiedade – 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e deverá assinalar a alternativa escolhida pela mulher em uma escala Likert de 4 pontos, que varia entre zero (não se aplicou nada a mim) e 3 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes). Ao final, deverá calcular o escore global (soma dos pontos e multiplicação por dois) para então classificar o nível de ansiedade da mulher: 0–6 normal; 7–9 = leve; 10–14 = moderado; 15–19 = severo e 20–42 extremamente severo. Será considerado que o fator está presente quando a mulher for classificada a partir do estágio de ansiedade leve (VIGNOLA; TUCCI, 2014).</u></p>
<p>Uso nocivo de substâncias ilícitas</p> <p>Definição conceitual: Padrão de uso de qualquer substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei e pode gerar problemas sociais, legais, ocupacionais,</p>	<p>Uso nocivo de substâncias ilícitas</p> <p>Definição conceitual ajustada: Padrão de uso de qualquer substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei e pode gerar problemas sociais, legais,</p>

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
<p>financeiros ou de saúde ou que tem o potencial para criar tais problemas se houver persistência do uso dessa substância (HUMENIUK et al., 2020).</p> <p>Definição operacional: O fator será avaliado por meio 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. 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 aqueles 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 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) (ALI et al., 2002). O fator estará presente para as mulheres com pontuações entre 4 e 26 (uso nocivo de substâncias).</p>	<p>ocupacionais, <u>financeiros</u>, de saúde ou que tem o potencial para criar tais problemas se houver persistência do uso dessa substância (HUMENIUK et al., 2020).</p> <p>Definição operacional ajustada: O fator será avaliado por meio 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. 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 aqueles 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 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) (ALI et al., 2002). <u>O fator estará presente para as mulheres com pontuações a partir de 4 (pessoas que fazem uso nocivo de substâncias ou apresentam alto risco de dependência).</u></p>
<p>Uso nocivo de álcool</p> <p>Definição operacional: O fator será avaliado por meio 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. O</p>	<p>Uso nocivo de álcool</p> <p>Definição operacional ajustada: O fator será avaliado por meio 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. O</p>

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
entrevistador deverá aplicar o ASSIST e, ao final da entrevista, calcular a pontuação total dos itens 2 a 7, em relação ao uso de álcool. Indivíduos com pontuações até 10 são considerados usuários de baixo risco, os quais são aqueles que, embora usem álcool ocasionalmente, ainda não apresentam problemas relacionados a esse uso. Pessoas com pontuações entre 11 e 26 podem fazer uso nocivo de álcool e apresentam risco moderado de desenvolvimento de problemas devido a esse uso. Pessoas com pontuações de 27 ou mais apresentam alto risco de dependência da substância investigada (ALI et al., 2002). O fator estará presente para as mulheres com pontuações entre 11 e 26 (uso nocivo de álcool).	entrevistador deverá aplicar o ASSIST e, ao final da entrevista, calcular a pontuação total dos itens 2 a 7, em relação ao uso de álcool. Indivíduos com pontuações até 10 são considerados usuários de baixo risco, os quais são aqueles que, embora usem álcool ocasionalmente, ainda não apresentam problemas relacionados a esse uso. Pessoas com pontuações entre 11 e 26 podem fazer uso nocivo de álcool e apresentam risco moderado de desenvolvimento de problemas devido a esse uso. Pessoas com pontuações de 27 ou mais apresentam alto risco de dependência da substância investigada (ALI et al., 2002). <u>O fator estará presente para as mulheres com pontuações a partir de 11 (uso nocivo de álcool e alto risco de dependência).</u>
<p style="text-align: center;">Insônia</p> <p>Definição operacional: O item será avaliado pelo relato verbal de incapacidade de dormir, sendo considerado que o fator está presente nos casos em que a mulher relatar dificuldade para iniciar ou manter o sono durante toda a noite, ou despertar precoce, no último mês (NEVES et al., 2013).</p>	<p style="text-align: center;">Insônia</p> <p>Definição operacional ajustada: O item será avaliado por meio do <u>Índice de Gravidade da Insônia (IGI), instrumento validado formado por sete perguntas que avaliam a gravidade da insônia com base nas duas últimas semanas. O entrevistador lerá os itens em voz alta e deverá assinalar a alternativa escolhida pela mulher em uma escala Likert de 4 pontos. Ao final, deverá calcular a pontuação total para classificar as mulheres em: sem insônia clínica significativa (0-7), insônia sublimiar (8-14), insônia clínica moderadamente grave (15-21), e insônia clínica grave (22-28) (CASTRO, 2011). O fator estará presente nas mulheres que obtiverem uma pontuação a partir de 8.</u></p>
<p style="text-align: center;">Dislipidemia</p> <p>Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de dislipidemia em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu dislipidemia diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida ou</p>	<p style="text-align: center;">Dislipidemia</p> <p>Definição operacional ajustada: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de dislipidemia em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu dislipidemia diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida ou</p>

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável, que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Continua)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
quando houver registro de algum dos seguintes exames laboratoriais em seu prontuário: colesterol LDL \geq 160 mg/dL ou triglicérides \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum, ou colesterol HDL $<$ 50 mg/dL (FALUDI et al., 2017).	<u>quando a mulher afirmar receber medicações hipolipemiantes prescritas por um médico</u> , ou quando houver registro de algum dos seguintes exames laboratoriais em seu prontuário: colesterol LDL \geq 160 mg/dL ou triglicérides \geq 150 mg/dL ou <u>triglicérides</u> \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum, ou colesterol HDL $<$ 50 mg/dL (FALUDI et al., 2017).
<p style="text-align: center;">Diabetes</p> <p>Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de diabetes em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu diabetes diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida ou quando houver dois registros de algum dos seguintes exames laboratoriais em seu prontuário: glicemia de jejum com valor \geq 126 mg/dl ou medição de glicose duas horas após sobrecarga com 75g de glicose \geq 200 mg/dl ou medição de glicemia ao acaso com valor \geq 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% (GOLBERT et al., 2019).</p>	<p style="text-align: center;">Diabetes</p> <p>Definição operacional ajustada: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de diabetes em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu diabetes diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida <u>ou quando a mulher afirmar receber medicações hipoglicemiantes prescritas por um médico</u> ou quando houver dois registros de algum dos seguintes exames laboratoriais em seu prontuário: glicemia de jejum com valor \geq 126 mg/dl ou medição de glicose duas horas após sobrecarga com 75g de glicose \geq 200 mg/dl ou medição de glicemia ao acaso com valor \geq 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% (GOLBERT et al., 2019).</p>
<p style="text-align: center;">Síndrome metabólica</p> <p>Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de síndrome metabólica em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu síndrome metabólica diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida ou quando houver registro em seu prontuário da presença combinada de, pelo menos, três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida</p>	<p style="text-align: center;">Síndrome metabólica</p> <p>Definição operacional ajustada: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de síndrome metabólica em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu síndrome metabólica em algum momento de sua vida ou quando houver registro em seu prontuário da presença combinada de, pelo menos, três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida por meio de circunferência abdominal $>$ 88</p>

Quadro 7 - Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável que foi estruturado a partir da TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado. Recife-PE, 2022.

(Conclusão)

Alterações sugeridas pelos juízes para o título, definição e fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial instável	
Antes das sugestões	Após sugestões
por meio de circunferência abdominal > 88 cm, triglicérides > ou = a 150 mg/dl, colesterol HDL < 50 mg/dl, pressão arterial > ou = 130 mmHg e > ou = a 85 mmHg, glicemia de jejum > ou = a 110 mg/dl (BRASIL, 2005).	cm, triglicérides > ou = a 150 mg/dl, colesterol HDL < 50 mg/dl, pressão arterial <u>sistólica</u> > ou = 130 mmHg e <u>diastólica</u> > ou = a 85 mmHg, glicemia de jejum > ou = a 110 mg/dl (BRASIL, 2005).
Mulheres	<u>Sexo feminino</u>
Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial	<u>Indivíduos com histórico familiar de hipertensão arterial</u>
Pessoas em vulnerabilidade social	<u>Indivíduos em vulnerabilidade social</u>
Pessoas com idade maior que 30 anos	<u>Indivíduos com idade maior que 30 anos</u>

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

8.2.4 Proposta da estrutura do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável

No Quadro 8, apresenta-se um comparativo entre a proposta do DE Risco de pressão arterial instável estabelecida pela TMA e a proposta validada pelos juízes, a qual foi construída na etapa de evidência de validade de conteúdo.

Quadro 8 – Comparativo entre a proposta do DE Risco de pressão arterial instável proposta pela TMA e pela evidência de validade de conteúdo. Recife-PE, 2022.

Proposta a partir da TMA	Proposta após validade de conteúdo
Título: Risco de padrão pressórico desequilibrado	Título: Risco de <u>pressão arterial desequilibrada</u>
Definição: Suscetibilidade à elevação ou redução recorrentes da força exercida pelo sangue na parede das artérias, acima ou abaixo dos níveis desejados, o que pode comprometer a saúde	Definição: suscetibilidade à elevação ou redução recorrentes da força exercida pelo <u>fluxo sanguíneo</u> na parede das artérias, acima ou abaixo dos níveis desejados, o que pode comprometer a saúde
Fatores de risco: Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, excesso de peso corporal, sedentarismo, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, tabagismo, uso nocivo de substâncias ilícitas, uso nocivo de álcool, ansiedade, estresse, insônia	Fatores de risco: <u>conhecimento insuficiente dos fatores de risco</u> , excesso de peso corporal, sedentarismo, <u>alimentação hipercalórica, alimentação hipersódica</u> , tabagismo, uso nocivo de substâncias ilícitas, uso nocivo de álcool, ansiedade, estresse, insônia
Condições associadas: dislipidemia, síndrome metabólica, diabetes, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, doença cardiovascular	Condições associadas: dislipidemia, síndrome metabólica, diabetes, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, doença cardiovascular
Populações em risco: Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial, pessoas em vulnerabilidade social, mulheres, pessoas com idade maior que 30 anos	Populações em risco: <u>indivíduos</u> com histórico familiar de hipertensão arterial, <u>indivíduos</u> em vulnerabilidade social, <u>sexo feminino</u> , <u>indivíduos</u> com idade maior que 30 anos

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

As evidências de validade de conteúdo constataram como válidos um novo título, uma nova definição e 20 fatores etiológicos (11 fatores de risco, cinco condições associadas e quatro populações em risco) para o DE Risco de pressão arterial instável, o que sugere uma reformulação da estrutura diagnóstica.

Percebem-se poucas diferenças entre as duas propostas. Em relação ao título, foi mantida a proposta anterior da NANDA-I com a substituição do termo “instável” por “desequilibrada”, conforme as recomendações dos juízes. Quanto aos fatores etiológicos, houve algumas mudanças, como: da nomenclatura do fator de risco “conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco”, separação do fator de risco “alimentação hipercalórica e/ou hipersódica” em dois novos fatores, modificação do termo “pessoas” para “indivíduos” de três populações em risco e mudança da população em risco “mulheres” para “sexo feminino”. As categorizações dos fatores etiológicos em fator de risco, condição associada e população em risco foram mantidas. Essa é a proposta utilizada para a terceira etapa do estudo (evidência de validade clínica).

8.3 TERCEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE CLÍNICA

8.3.1 Caracterização das mulheres privadas de liberdade

Na Tabela 6 está apresentada a caracterização dos dados sociodemográficos das mulheres pertencentes aos grupos caso e controle.

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica das mulheres do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023. (Continua)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ² _s	Valor de p
	Caso		Controle		N	%			
	N	%	N	%	N	%			
Raça/cor								4,55	0,332 ^s
Parda [†]	10	47,62	53	63,1	63	60	1,0		
Branca	4	19,05	17	20,24	21	20	1,24 (0,34; 4,49)		
Negra	7	33,33	12	14,29	19	18,1	3,09 (0,97; 9,77)		
Indígena	0	0	1	1,19	1	0,95	†		
Amarela	0	0	1	1,19	1	0,95	†		
Estado civil								11,18	0,024 ^s
Solteira	12	57,14	65	77,38	77	73,33	0,92 (0,17; 4,75)		
União estável [†]	2	9,52	10	11,9	12	11,43	1,0		
Casada	2	9,52	6	7,14	8	7,62	1,66 (0,18; 15,13)		
Divorciada	1	4,76	0	0	1	0,95	†		
Viúva	4	19,05	3	3,57	7	6,67	6,66 (1,09; 56,21)		
Religião								2,28	0,659 ^s
Evangélica	12	57,14	34	40,48	46	43,81	2,02 (0,58; 7,07)		
Católica	4	19,05	23	27,38	27	25,71	1,0 (0,22; 4,48)		
Espírita	0	0	1	1,19	1	0,95	†		
Outras	1	4,76	3	3,57	4	3,81	†		
Sem religião	4	19,05	23	27,38	27	25,71	1,0		
Ocupação								1,07	0,301 [*]
Ativa	9	42,86	26	30,95	35	33,33	0,59 (0,22; 1,59)		
Inativa [†]	12	57,14	58	69,05	70	66,67			
Renda								11,82	0,012 ^s
< 1 SM [†]	7	33,33	50	59,52	57	54,29	1,0		
Entre 1 a 2 SM	9	42,86	24	28,57	33	31,43	2,67 (0,89; 8,05)		
Entre 2 a 3 SM	1	4,76	8	9,52	9	8,57	0,89 (0,09; 8,25)		
Acima de 3 SM	4	19,05	2	2,38	6	5,71	14,28 (2,19; 92,93)		

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica das mulheres do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023. (Conclusão)

Variáveis	Grupo	Mín./ Máx,	Média (±DP [‡])	Mediana (IIQ [†])	Teste Shapiro- Wilk			Teste de diferença de médias	
					W	Valor de p	MP	t ^(a) / z ^(b)	Valor de p
Idade	Caso	19/56	36,71 (±10,12)	37 (21)	0,98	0,97	70,3	2,9 ^(b)	0,003
	Controle	19/64	30,28 (±9,09)	28 (32)	0,86	<0,001	48,7		
Anos de estudo	Caso	5/11	8,23 (±2,04)	8 (5)	0,97	0,76	--	0,32 ^(a)	0,745
	Controle	1/15	8,02 (±2,83)	8,5 (8)	0,98	0,39	--		
Tempo de reclusão	Caso	6/216	34 (±49,99)	16 (48)	0,59	<0,001	56,5	0,59 ^(b)	0,553
	Controle	6/72	18,76 (±13,58)	14 (42)	0,86	<0,001	52,1		

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2023. Legenda: § Teste exato de Fisher. * Teste qui-quadrado de Pearson. ^(a) Teste t de Student. ^(b) Teste Mann-Whitney. [†] Categoria de referência. [‡] Categoria não incluída nas análises em razão de baixa amostragem. SM= Salário Mínimo. DP = Desvio-Padrão. IIQ = Intervalo inter-quartilico. MP = Média dos postos.

Diante dos resultados apresentados, constatou-se que as mulheres do grupo caso e do grupo controle eram predominantemente pardas, com religião evangélica e ocupação atual inativa. Ao realizar a comparação entre os grupos, não houve diferença estatística significativa para essas variáveis, o que demonstra grupos caso e controle similares quanto a esses aspectos.

Em contrapartida, quando a variável estado civil foi avaliada, observou-se uma diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$). Destacaram-se as mulheres do grupo caso, que tiveram aproximadamente cinco vezes mais chances de serem viúvas em relação àquelas que viviam em união estável, embora tenha havido predomínio de mulheres solteiras em ambos os grupos.

Quanto à variável renda, verificou-se também uma diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$) caso e controle, com destaque para as mulheres do grupo caso que apresentaram cerca de 13 vezes mais chances de ganharem acima de três salários mínimos, em relação às que ganhavam menos de um salário mínimo. Entretanto, observa-se que a minoria das mulheres do grupo caso ($n=4$) apresentou renda acima de três salários mínimos, sendo que a maioria ($n=16$) têm renda menor que dois salários mínimos.

Nessa mesma perspectiva, em relação à idade das mulheres, houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p < 0,05$), tendo o grupo caso uma maior média, de

aproximadamente 36 anos, quando comparado ao grupo controle, que foi de aproximadamente 30. Assim, entende-se que esse fator pode ter relação com o desfecho da pressão arterial desequilibrada. Para a variável anos de estudo, a média dos grupos caso ($8,23 \pm 2,04$) e controle ($8,02 \pm 2,83$) apresentou valores próximos, com pouca variabilidade. Ao realizar a comparação entre os grupos, não houve diferença significativa para essas variáveis.

O tempo de reclusão das mulheres apresentou variabilidade considerável entre os grupos. Seis meses foi o tempo de reclusão mínimo nos dois grupos. Para o tempo máximo, observou-se um valor bem maior no grupo caso (216 meses), em relação ao grupo controle (72 meses). Todavia, não houve diferença estatística significativa entre os grupos.

Na Tabela 7 são descritos os dados da caracterização da pressão arterial das mulheres investigadas.

Tabela 7 – Caracterização da pressão arterial das participantes do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023.

Variáveis	Grupo	Mín./ Máx,	Média (\pm DP ^z)	Mediana (IIQ ^l)	Teste Shapiro- Wilk		Teste Mann- Whitney		
					W	Valor de p	MP	z	Valor de p
Pressão Arterial Sistólica	Caso	90/ 200	125,53 (\pm 25,20)	125 (50)	0,90	0,038	54,9	3,99	<0,001
	Controle	92,5/ 127,5	105,93 (\pm 8,74)	105 (35)	0,96	0,032	45,6		
Pressão Arterial Diastólica	Caso	57,5/ 100	83,69 (\pm 12,81)	87,5 (30)	0,88	0,015	53,4	4,28	<0,001
	Controle	57,5/ 83,75	70,02 (\pm 6,3)	70 (20)	0,98	0,452	51,3		

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2023. Legenda: DP = Desvio-Padrão. IIQ = Intervalo interquartilico. MP = Média dos postos.

Para a PAS e PAD houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p < 0,001$), com destaque para maiores valores de mediana dessas pressões para o grupo caso (125 de PAS e de 87,5 de PAD), bem como maior variabilidade de valores mínimo e máximo nesse grupo. Infere-se que maiores valores de PAS e a PAD influenciaram o desfecho da pressão arterial desequilibrada.

8.3.2 Análise da validade clínica dos fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial desequilibrada em mulheres privadas de liberdade

Na Tabela 8, apresenta-se a distribuição das razões de chance dos fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial desequilibrada avaliados nas mulheres privadas de liberdade.

Tabela 8 – Distribuição das razões de chance dos fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial desequilibrada entre as participantes do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023.

(Continua)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ² [§]	Valor de p
	Caso		Controle		N	%			
	n	%	N	%	N	%			
Conhecimento							*	*	*
Sim	21	100	84	100	105	100			
Não	0	0	0	0	0	0			
Excesso de peso								2,83	0,114 [§]
Sim	20	95,24	67	79,76	87	82,86	5,07 (0,63; 40,52)		
Não [†]	1	4,76	17	20,24	18	17,14	1,0		
Sedentarismo								7,86	0,025 [§]
Sim	18	85,71	83	98,81	101	96,19	0,07 (0,00; 0,73)		
Não [†]	3	14,29	1	1,19	4	3,81	1,0		
Alimentação hipercalórica								1,42	0,232*
Sim	15	71,43	48	57,14	63	60	1,87 (0,66; 5,30)		
Não [†]	6	28,57	36	42,86	42	40	1,0		
Alimentação hipersódica								0,51	0,475*
Sim	15	71,43	53	63,1	68	64,76	1,46 (0,51; 4,15)		
Não [†]	6	28,57	31	36,9	37	35,24	1,0		
Tabagismo								0,68	0,409*
Sim	15	71,43	67	79,76	82	78,1	0,63 (0,21; 1,87)		
Não [†]	6	28,57	17	20,24	23	21,9	1,0		
Ansiedade								3,27	0,070*
Sim	19	90,48	60	71,43	79	75,24	3,8 (0,82; 17,58)		
Não [†]	2	9,52	24	28,57	26	24,76	1,0		
Estresse								0,04	0,823*
Sim	16	76,19	62	73,81	78	74,29	1,13 (0,372; 3,465)		
Não [†]	5	23,81	22	26,19	27	25,71	1,0		

Tabela 8 – Distribuição das razões de chance dos fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial desequilibrada entre as participantes do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023.

(Continua)

Variáveis	Grupo				Total		OR (IC95%)	X ^{2§}	Valor de p
	Caso		Controle		N	%			
	n	%	N	%	N	%			
Uso nocivo de substância ilícita								0,48	0,487*
Sim	11	52,38	51	60,71	62	59,05	0,71 (0,272; 1,862)		
Não [†]	10	47,62	33	39,29	43	40,95	1,0	0,06	0,799 [§]
Uso nocivo de álcool									
Sim	1	4,76	3	3,57	4	3,81	1,35 (0,133; 13,675)		
Não [†]	20	95,24	81	96,43	101	96,19	1,0	0,17	0,677*
Insônia									
Sim	15	71,43	56	66,67	71	67,62	1,25 (0,437; 3,571)		
Não [†]	6	28,57	28	33,33	34	32,38	1,0	<0,001	1,0*
Dislipidemia									
Sim	3	14,29	12	14,29	15	14,29	1,0 (0,254; 3,921)		
Não [†]	18	85,71	72	85,71	90	85,71	1,0	4,97	0,026*
Diabetes									
Sim	5	23,81	6	7,14	11	10,48	4,06 (1,103; 14,951)		
Não [†]	16	76,19	78	92,86	94	89,52	1,0	2,33	0,126*
Síndrome metabólica									
Sim	2	9,52	2	2,38	4	3,81	4,31 (0,571; 32,615)		
Não [†]	19	90,48	82	97,62	101	96,19	1,0	0,04	0,833 [§]
TEPT									
Sim	1	4,76	5	5,95	6	5,71	0,79 (0,087; 7,146)		
Não [†]	20	95,24	79	94,05	99	94,29	1,0	15,12	<0,001*
DCV									
Sim	14	66,67	19	22,62	33	31,43	6,84 (2,415; 19,384)		
Não [†]	7	33,33	65	77,38	72	68,57	1,0		

Tabela 8 – Distribuição das razões de chance dos fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial desequilibrada entre as participantes do grupo caso e controle. Recife-PE, 2023.

(Conclusão)

Variáveis	Grupo		Total		OR (IC95%)	X ^{2§}	Valor de p
	Caso n	Controle N	Caso %	Controle %			
Histórico familiar							
Sim	13	52	61,9	61,9	1,0 (0,373; 2,676)	<0,001	1,0*
Não [†]	8	32	38,1	38,1	1,0		
Vulnerabilidade					*	*	*
Sim	21	84	100	100			
Não [†]	0	0	0	0			
Sexo feminino					*	*	*
Sim	21	84	100	100			
Não	0	0	0	0			
Idade > 30 anos						4,21	0,040*
Sim	14	35	66,67	41,67	2,8 (1,024; 7,654)		
Não [†]	7	49	33,33	58,33	1,0		

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2023. Legenda: § Teste exato de Fisher. * Teste qui-quadrado de Pearson. † Categoria de referência.

Foram avaliados 20 fatores etiológicos nas mulheres privadas de liberdade. Os fatores conhecimento insuficiente dos fatores de risco, indivíduos em vulnerabilidade social e o sexo feminino estiveram presentes em 100% dos grupos caso e controle, portanto, não foi possível estabelecer uma análise estatística.

Os fatores com frequência maior que 50% no grupo caso, em detrimento do controle, foram: conhecimento insuficiente dos fatores de risco (100%), excesso de peso corporal (95,24%), alimentação hipercalórica (71,43%), alimentação hipersódica (71,43%), ansiedade (90,48%), estresse (76,19%), insônia (71,43%), doença cardiovascular (66,67%), indivíduos com histórico familiar de hipertensão arterial (61,9%) e indivíduos com idade acima de 30 anos (66,67%).

Dentre os fatores analisados, quatro apresentaram associação estatística significativa ($p < 0,05$) com a pressão arterial desequilibrada. Desses, têm-se a diabetes, com OR=4,06, a doença cardiovascular, com OR=6,84 e a idade maior que 30 anos, com OR=2,8. O quarto fator foi o sedentarismo, que apresentou uma OR=0,07, entretanto, considerou-se uma associação espúria com o desfecho, dada a relevância clínica documentada desse fator para a pressão arterial desequilibrada.

9 DISCUSSÃO

9.1 PRIMEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL

As TMA devem abarcar conceitos menos abstratos com uma maior aproximação aos detalhes da prática de enfermagem. Para essa ciência, as teorias devem focar em uma parte específica de determinado fenômeno, buscando incluir uma quantidade mais abreviada de conceitos e proposições, os quais devem estar relacionados com a pesquisa e a prática (LEANDRO et al., 2020).

Na área da cardiologia, tem-se recentemente o desenvolvimento de estudo de TMA do conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Essa teoria foi desenvolvida a partir do mesmo referencial adotado neste estudo e apresentou 11 proposições e quatro relações de causalidade que podem possibilitar o direcionamento do julgamento clínico dos enfermeiros em relação ao fenômeno (SILVA et al., 2022).

A TMA do Risco de padrão pressórico desequilibrado foi desenvolvida com base na investigação desse fenômeno nas mulheres privadas de liberdade, com vistas à elucidação causal desse campo do conhecimento. Essa teoria permitiu a orientação do PE por meio do estabelecimento de uma nova estrutura para o DE Risco de pressão arterial instável, com um novo título, nova definição e ampliação dos fatores etiológicos. Ademais, a referida TMA também pode orientar a prática clínica dos enfermeiros que atuam nas unidades básicas das instituições penais femininas, de forma que possam se apoiar nos construtos teóricos para estabelecer intervenções de enfermagem direcionadas ao público avaliado, no âmbito do nível da atenção primária à saúde.

Segundo os estudos que compuseram a TMA, a elevação ou a redução recorrente da força do sangue contra a parede arterial, acima ou abaixo de níveis desejáveis, podem ser consideradas atributos essenciais do Risco de padrão pressórico desequilibrado nas mulheres privadas de liberdade (NARA; IGARASHI, 1998; KHAVJOU et al., 2007; PLUGGE et al., 2009; ARRIES; MAPOSA, 2013; WILDEMAN; LEE; COMFORT, 2013; BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015; AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017; LAGARRIGUE et al., 2017; NOLAN; STEWART, 2017; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018; GALVÃO et al., 2019; BONDOLFI et al., 2020; HACHBARDT et al., 2020; SILVA et al., 2021).

A partir desses atributos identificados nesta TMA, foi possível sugerir um novo título para o DE Risco de pressão arterial instável, a saber: Risco de padrão pressórico desequilibrado.

Considerou-se que os termos “padrão pressórico” e “desequilibrado” retratam melhor as alterações da pressão arterial que podem comprometer a saúde e são passíveis de intervenção de forma independente pela enfermagem, visto que, a instabilidade é uma característica do comportamento da pressão arterial, a qual pode ocorrer ao longo de todo o dia, por diversas causas e mecanismos, sem necessariamente causar comprometimento à saúde das pessoas. Já um padrão pressórico que, de maneira recorrente, está desequilibrado, pode levar ao comprometimento de saúde dos indivíduos. Considerou-se que o julgamento “desequilibrado” refere-se a um padrão pressórico que está fora dos limites aceitáveis (equilibrado), acima ou abaixo de níveis desejáveis.

Em relação ao atributo relacionado à redução da pressão arterial abaixo dos níveis desejáveis, os estudos incluídos nesta TMA não mencionam um valor específico desse nível pressórico. Entretanto, deve ser considerado o padrão de pressão arterial habitual dos indivíduos. Comumente, valores abaixo de 90x60 mmHg são estabelecidos como parâmetros de hipotensão, especialmente, quando associados à tontura, visão turva, náusea, escurecimento da vista e desmaios (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2023).

Para a elevação da pressão arterial acima dos níveis desejáveis, alguns estudos destacam como parâmetro um valor pressórico maior ou igual a 130 x 85 mmHg (LAGARRIGUE et al., 2017; HACHBARDT et al., 2020), número próximo ao adotado como referência pela *American Heart Association* (WHELTON et al., 2022), que estabelece níveis pressóricos maiores ou iguais a 130 x 80 mmHg como HAS.

Outros estudos (KHAVJOU et al., 2007; PLUGGE et al., 2009; AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018) adotam como parâmetros de HAS os valores recomendados pelas diretrizes brasileira e europeia de hipertensão arterial, os quais são aqueles maiores ou iguais a 140 x 90 mmHg (WILLIAMS et al., 2018; BARROSO et al., 2021). Os parâmetros pressóricos estabelecidos mundialmente reforçam a necessidade de adoção de medidas preventivas cada vez mais precoces em relação à elevação da pressão arterial.

A HAS tem sido documentada como um problema de saúde importante, com uma prevalência em torno de 24%, valor semelhante ao da população em geral. Além disso, tem que essa condição se apresenta majoritariamente em mulheres jovens (média de 33 anos) (LEAL et al., 2022; SILVA et al., 2023), o que demonstra um perfil de adoecimento semelhante ao das mulheres mais velhas da população geral.

Constata-se uma elevada vulnerabilidade social e de saúde das mulheres privadas de liberdade, o que permite o acúmulo de vários fatores de risco e múltiplas disparidades em saúde (SILVA et al., 2023). Nesse contexto de morbidade por HAS e de vulnerabilidade das mulheres encarceradas, e considerando o aumento dessa população em ritmo desordenado no mundo todo (FAIR; WALMSLEY, 2022), tem-se a contextualização da TMA construída. Os construtos teóricos dos fatores de risco, condições associadas e populações em risco podem ser passíveis de identificação na prática clínica dos enfermeiros que atuam nas unidades básicas prisionais e, assim, possibilitar o planejamento e implementação de intervenções educativas voltadas para mudanças no estilo de vida e de comportamento.

Ações de educação em saúde, realizadas com técnicas educacionais, motivacionais e cognitivas, e o uso das tecnologias, são exemplos de estratégias que os enfermeiros podem utilizar para abordar os fatores de risco modificáveis e contribuir para a promoção da saúde com o objetivo de promover mudanças no estilo de vida, incentivar o autocuidado, a adesão terapêutica e prevenir o desequilíbrio da pressão arterial (BARROSO et al., 2021).

Dentre os fatores de risco que podem ser classificados como modificáveis, destaca-se que o excesso de peso corporal (sobrepeso e/ou obesidade), aliado ao sedentarismo, são fatores de risco contemplados na maioria dos artigos que compuseram a TMA (NARA; IGARASHI, 1998; KHAVJOU et al., 2007; PLUGGE et al., 2009; HERBERT et al., 2012; ARRIES; MAPOSA, 2013; WILDEMAN; LEE; COMFORT, 2013; BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015; AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017; LAGARRIGUE et al., 2017; NOLAN; STEWART, 2017; GEBREMARIAM et al., 2018; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018; GALVÃO et al., 2019; NUCCI et al., 2019; JOHNSON et al., 2019; BONDOLFI et al., 2020; HACHBARDT et al., 2020; SILVA et al., 2021).

Revisão sistemática demonstrou que mais mulheres do que homens ganharam peso na prisão e esse ganho esteve associado à HAS (GEBREMARIAM et al., 2018). Ademais, o sedentarismo aparece como fator contribuinte para esse ganho de peso no ambiente prisional, em virtude de limitadas oportunidades para realizar atividade física, além de ambiente com espaço limitado (GRAMMATIKOPOULOU et al., 2021). Somado a isso, tem-se o consumo de alimentos com alto teor calórico e industrializados, que também contribuem para o aumento de peso (BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015; GEBREMARIAM et al., 2018; BONDOLFI et al., 2020).

Existe uma relação entre o excesso de peso, o sedentarismo e os níveis de pressão arterial. Quanto maior o sedentarismo, maior o ganho de peso e, conseqüentemente, maiores

são as chances de elevação da pressão arterial e HAS. Mundialmente, a realização insuficiente de atividade física se apresenta como um problema de significativa prevalência, principalmente entre as mulheres (BARROSO et al., 2020). Dessa forma, considera-se que o excesso de peso e o sedentarismo são fatores de risco que merecem uma atenção especial da equipe de enfermagem; no meio prisional feminino os enfermeiros podem promover ações educativas específicas que estimulem a realização de atividades físicas, alimentação saudável e o controle de peso (SILVA et al., 2021; CABRAL et al., 2023).

Em relação à alimentação das mulheres privadas de liberdade, estudos demonstraram que as refeições fornecidas são geralmente ricas em sódio e calorias (HERBERT et al., 2012; AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017; MOHAN et al., 2018; WANGMO et al., 2018; GALVÃO et al., 2019; NUCCI et al., 2019; BONDOLFI et al., 2020). Esse perfil alimentar contribui para a gradativa elevação da pressão arterial dessas mulheres e para o desenvolvimento de dislipidemia, outro fator de risco encontrado que possui relação com a HAS (NARA; IGARASHI, 1998; KHAVJOU et al., 2007; ARRIES; MAPOSA, 2013; BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015; AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017; LAGARRIGUE et al., 2017; NOLAN; STEWART, 2017; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018; BONDOLFI et al., 2020; SILVA et al., 2021). Níveis elevados de colesterol colaboram com o desenvolvimento da HAS pela ativação do sistema renina-angiotensina, pela redução da disponibilidade de óxido nítrico e disfunção endotelial (MARTE; SANTOS, 2007).

Outro hábito frequente na população estudada é o tabagismo, fator que apresenta taxas de prevalência consideráveis nessa população (PLUGGE et al., 2009; RITTER et al., 2011; ARRIES; MAPOSA, 2013; BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015; AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017; LAGARRIGUE et al., 2017; NOLAN; STEWART, 2017; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018; GALVÃO et al., 2019; BONDOLFI et al., 2020; HACHBARDT et al., 2020). A relação entre tabagismo e hipertensão arterial se dá pela ativação do sistema nervoso simpático, o qual provoca elevação da frequência cardíaca, da pressão arterial e da contratilidade miocárdica (SOUSA, 2015).

O uso nocivo de álcool e substâncias ilícitas também foi relatado pelos artigos como fatores que têm relação com a pressão arterial (NARA; IGARASHI, 1998; GILLES et al., 2008; PLUGGE et al., 2009; FAZEL; BAILLARGEON, 2011; WILDEMAN; LEE; COMFORT, 2013; BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015; AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017; NOLAN; STEWART, 2017; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018; GALVÃO et al., 2019; JOHNSON et al., 2019; HACHBARDT et al., 2020; SILVA et al., 2021). Em relação ao álcool,

percebe-se uma maior prevalência de elevação dos níveis pressóricos nas pessoas que consomem acima das recomendações diárias. Já para o consumo das substâncias ilícitas, os efeitos na pressão arterial podem ser diversos (BARROSO et al., 2021). Entre as mulheres privadas de liberdade, percebem-se altos índices de consumo de substâncias ilícitas (SILVA et al., 2020a).

Outro fator importante é o estresse (ARRIES; MAPOSA, 2013; AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018; BONDOLFI et al., 2020; SILVA et al., 2021). A vivência no ambiente prisional pode levar ao desencadeamento de estresse contínuo pelo confinamento em espaço físico limitado; tal ambiente possui alto nível de ruídos e presença de interações ameaçadoras com outros detentos e guardas, situações que podem contribuir para a elevação dos níveis de pressão arterial devido aos processos fisiológicos do estresse (BONDOLFI et al., 2020). A insônia também é um fator evidenciado nas prisões e tem relação com a elevação da pressão arterial de mulheres privadas de liberdade (HACHBARDT et al., 2020) devido à atividade aumentada do sistema nervoso simpático (LIU et al., 2016).

O conhecimento/conscientização insuficiente sobre os fatores de risco foi encontrado nos artigos como relevante para aumento do risco da pressão arterial instável nas mulheres privadas de liberdade (KHAVJOU et al., 2007; ARRIES; MAPOSA, 2013; SILVA et al., 2021). É provável que indivíduos com baixo nível de conhecimento e conscientização adotem hábitos de vida prejudiciais à saúde (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016; SILVA et al., 2021).

As intervenções podem melhorar a saúde nas instituições prisionais, visto que podem contribuir para o conhecimento dos fatores de risco, empoderamento acerca da saúde, mudança de comportamento, e, conseqüentemente, a prevenção cardiovascular e o controle da pressão arterial e seus fatores de risco (MOHAN et al., 2018). Ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros com base na identificação de DE têm potencial para aumentar o conhecimento dos indivíduos (LUIS; ABREU; GÓMEZ, 2017).

Estudo de TMA para enfermagem em reabilitação cardiovascular infere que o processo educativo é o meio para fomentar educação em saúde com base em aconselhamento e orientações específicas à pessoa, família e coletividade. Além disso, o estabelecimento de DE pode ser viável de ser utilizado para o planejamento do cuidado cardiovascular, com foco na gestão do cuidado pelo paciente e família. (FARIAS et al., 2021).

Dentre as condições associadas ao risco de padrão pressórico desequilibrado nas mulheres privadas de liberdade, tem-se a síndrome metabólica (ARRIES; MAPOSA, 2013; LAGARRIGUE et al., 2017; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018), o diabetes (HACHBARDT et al., 2020), a doença cardiovascular (KHAVJOU et al., 2007; ARRIES; MAPOSA, 2013; WILDEMAN; LEE; COMFORT, 2013; NOLAN; STEWART, 2017; HACHBARDT et al., 2020) e o transtorno de estresse pós-traumático (ARRIES; MAPOSA, 2013). Todas essas condições não são passíveis de modificação de forma independente pela enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021), mas devem ser consideradas no plano terapêutico das pessoas que manifestem o risco de padrão pressórico desequilibrado.

Em relação às populações em risco para o padrão pressórico desequilibrado, a literatura demonstra que as pessoas que possuem histórico familiar de hipertensão (HACHBARDT et al., 2020) têm um risco maior de apresentar tal fenômeno. Sabe-se que os fatores genéticos têm relação com os níveis de pressão arterial (BARROSO et al., 2021).

Pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social, em isolamento, minorias étnicas vulneráveis — negros e pardos, que possuem baixo nível socioeconômico e educacional e têm acesso precário a serviços de saúde são consideradas populações em risco para um padrão pressórico desequilibrado (ARRIES; MAPOSA, 2013; VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018). Essas condições são classificadas como fatores psicossociais e aumentam o risco para a hipertensão arterial (PRÉCOMA et al., 2019).

Destaca-se que apesar da população peculiar utilizada para a construção da TMA, percebem-se, também, achados semelhantes em relação aos fatores de risco, condições associadas e populações em risco para a população em geral, conforme pode ser evidenciado pela literatura científica utilizada nas relações causais estabelecidas nesta teoria. Ademais, destaca-se que a população privada de liberdade convive antes do aprisionamento com vários fatores de risco que tendem a ser potencializados no meio prisional (SILVA et al., 2020). Assim, ratifica-se o limite desta teoria como sendo de médio alcance.

Como limitação desta etapa do estudo, enfatiza-se que o modelo teórico conceitual construído pode ter restringido as relações causais entre os conceitos por tratar-se de uma população peculiar, as mulheres privadas de liberdade. Outra limitação desta etapa está relacionada ao baixo número de estudos que abordaram a redução da pressão arterial e seus fatores de risco e consequências para a saúde das mulheres privadas de liberdade. Fica claro que para essa população, a elevação da pressão e o seu descontrole são os principais fenômenos que representam o risco de padrão pressórico desequilibrado.

9.2 SEGUNDA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

Em relação ao perfil dos juízes, outros estudos de validade de conteúdo de outros diagnósticos possuem resultados semelhantes ao dessa pesquisa, em que a maioria dos profissionais participantes são do sexo feminino, trabalham na região nordeste do Brasil (SILVA et al., 2021; MENDES et al., 2021) e possuem titulação máxima no nível doutorado (DINIZ et al., 2020; JORDÃO et al., 2022).

Identificou-se que a maioria dos juízes foi classificada nos níveis de expertise iniciante avançado e competente. Esses achados são semelhantes aos de outros estudos de validade de conteúdo (DINIZ et al., 2020; JORDÃO et al., 2022; MENDES et al., 2021; SILVA et al., 2021). Ressalta-se a dificuldade em encontrar juízes com alto nível de expertise mediante a inclusão de critérios mais robustos para classificar o nível de expertise (DINIZ et al., 2020).

Para o título do DE Risco de pressão arterial instável, os juízes sugeriram modificações, em virtude de não concordarem com o julgamento da NANDA-I “instável”, já que o mesmo remete à ideia de variabilidade da pressão arterial e é um fenômeno característico dessa ao longo do dia. Assim, não reflete os construtos teóricos da TMA que foram validados quanto ao conteúdo, nesta etapa do estudo. Dessa forma, acatou-se a sugestão de alguns juízes para modificar o título diagnóstico para: “Risco de pressão arterial desequilibrada”, considerando que o julgamento “desequilibrada” caracteriza melhor esse fenômeno. Assim, considerou-se que uma pressão arterial desequilibrada é aquela que está, recorrentemente, acima ou abaixo de níveis desejáveis e pode levar ao comprometimento de saúde dos indivíduos. Acredita-se que esse novo título pode facilitar a escolha do diagnóstico pelos enfermeiros na prática clínica, bem como, favorecer o raciocínio diagnóstico.

Todos os fatores etiológicos para o risco de pressão arterial desequilibrada validados pelos juízes neste estudo atuam de forma direta ou indireta sobre a pressão arterial, promovendo elevação ou redução da mesma, o que pode levar ao desequilíbrio dessa pressão, com consequente comprometimento da saúde cardiovascular (BARROSO et al., 2021).

O risco de pressão arterial desequilibrada se manifesta nas mulheres privadas de liberdade predominantemente pela elevação da pressão arterial (GRAMMATIKOPOULOU et al., 2021), a qual ocorre precocemente, o que se evidencia pela média de idade da maioria das hipertensas (33 anos) (LEAL et al., 2022). Em consonância, foi validado pelos juízes desse estudo como população em risco do risco de pressão arterial desequilibrada, os indivíduos com idade maior que 30 anos.

A dieta hipercalórica e/ou hipersódica foi considerada válida como fator de risco para uma pressão arterial desequilibrada nas mulheres privadas de liberdade. A ingestão excessiva de calorias, especialmente gorduras, e sódio está associada à elevação da pressão arterial (BARROSO et al., 2021). Sabe-se que, nas prisões, a autonomia para decidir sobre a qualidade dos alimentos que serão consumidos é limitada e a preocupação com o consumo de sódio está sujeita a determinações institucionais (RAMOS et al., 2022). As prisões geralmente fornecem alimentações inadequadas em calorias, nutrientes e com alto teor de sódio. Além disso, é possível que as mulheres tenham acesso a outros alimentos comercializados no interior das prisões, como os industrializados, refrigerantes, doces e fast-food, que possuem alto teor de calorias e sódio, o que torna a dieta ainda mais hipercalórica e hipersódica (GALVÃO et al., 2019).

Associado a uma dieta inadequada, têm-se os altos índices de sedentarismo nas prisões femininas, que contribui para o ganho de peso corporal. Nota-se que as mulheres privadas de liberdade frequentemente ganham peso nas instituições penais, sendo mais propensas a serem obesas do que mulheres que não estão encarceradas (SILVA et al., 2020a). Muitas dessas mulheres desejam manter ou aumentar o tamanho do seu corpo e demonstram que a percepção da imagem corporal no cárcere pode contribuir para o aumento do excesso de peso corporal (ANDRADE; BARBOSA; BAGNI, 2018), o qual está relacionado com a elevação da pressão arterial devido ao aumento dos depósitos de gordura visceral, que desencadeiam processos metabólicos, hormonais, inflamatórios e endoteliais (DAS et al., 2018).

Alguns fatores estruturais dos presídios contribuem para que esse local tenha influência nos níveis de pressão arterial de mulheres. Dentre esses, destacam-se a superlotação, o ambiente insalubre, o isolamento, a tensão, o estresse e o sofrimento psicológico/emocional. Esses fatores estão relacionados ao adoecimento físico e psíquico e repercutem na elevação da pressão arterial tanto em mulheres privadas de liberdade quanto em trabalhadoras de instituições penais (SILVA et al., 2020c). Assim, os achados desta etapa do estudo reiteram que os indivíduos em vulnerabilidade social podem ter maior risco de apresentar uma pressão arterial desequilibrada.

Outra condição frequente no meio prisional, relacionada a questões estruturais, é a insônia, que ocorre devido à superlotação e condições desfavoráveis a um bom sono nas celas. Estudo realizado com mulheres privadas de liberdade demonstrou que quase metade das mulheres avaliadas possuíam alterações do sono (HACHBARDT et al., 2020). Outro estudo, multicêntrico, demonstrou haver um aumento de 3% na prevalência de hipertensão, bem como de 0,78 e 0,80 mmHg adicionais nas pressões sistólica e diastólica, respectivamente, quando

ocorre redução de 10% na estabilidade do sono, considerando a regularidade dos padrões de sono e do ciclo sono e vigília (ABBOTT et al., 2019).

O estresse, considerado outro fator etiológico do risco de pressão arterial desequilibrada validado neste estudo, tem sido constantemente associado a um nível elevado de pressão arterial. O ambiente de privação de liberdade é naturalmente restritivo às relações sociais (RAMOS et al., 2022), o que contribui para a presença de interações ameaçadoras e ocasiona um ambiente com altos níveis de estresse, os quais favorecem a elevação dos níveis de pressão arterial devido aos seus processos fisiológicos (BONDOLFI et al., 2020).

O tabagismo e o consumo nocivo de álcool e substâncias ilícitas são hábitos frequentes nas mulheres privadas de liberdade (SILVA et al., 2020a; SILVA et al., 2021) e foram validados como fatores de risco para uma pressão arterial desequilibrada. O consumo de álcool em níveis altos está associado à elevação da pressão arterial por meio do aumento da atividade simpática e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (DIACONU et al., 2018). A ingestão de bebida alcoólica acima de 15 g de álcool/dia para mulheres está relacionada à elevação dos níveis pressóricos (BARROSO et al., 2021).

Medicamentos de venda livre e drogas ilícitas podem elevar ou reduzir a pressão arterial, a depender da categoria e da quantidade da droga utilizada. Certas categorias de substâncias, como algumas drogas ilícitas, medicamentos esteroides, anti-inflamatórios não esteroides e agentes simpatomiméticos estimulantes do sistema nervoso central, podem induzir a hipertensão ou diminuir a efetividade da medicação anti-hipertensiva devido aos efeitos simpatomiméticos e retenção salina (DIACONU et al., 2018).

Em relação às condições associadas validadas pelos juízes, como doença cardiovascular, dislipidemia, diabetes e síndrome metabólica, sabe-se que essas têm relação com a elevação da pressão arterial por atuarem como fatores de risco cardiovascular e terem a fisiopatologia com mecanismos de ação diversos sobre a pressão arterial (PRÉCOMA et al., 2019).

Referente ao transtorno de estresse pós-traumático, outra condição associada validada neste estudo, o mesmo está relacionado ao aumento do risco de elevação da pressão arterial devido à hiperatividade do sistema nervoso simpático, redução da atividade do sistema nervoso parassimpático e diminuição da sensibilidade do barorreflexo (FONKOUÉ et al., 2020).

Mediante um ambiente prisional insalubre e estressante, há a necessidade de monitoramento da situação de saúde das pessoas privadas de liberdade, sendo essa uma condição desafiadora para gestores e profissionais de saúde. Nesse sentido, é crucial o fortalecimento das políticas e ações de saúde voltadas a esse público, com vistas a minimizar

fatores de risco, prevenir doenças e promover saúde nas instituições penais (RAMOS et al., 2022).

É relevante o rastreamento precoce da hipertensão e seus fatores de risco no ambiente prisional, já que essa condição é frequentemente assintomática, mas pode levar a complicações cardiovasculares sérias (BARROSO et al., 2021). A hipertensão é o maior fator de risco para doenças cardiovasculares e está associada à idade, sexo feminino e obesidade (RODGERS et al., 2019). Dessa forma, o monitoramento da pressão arterial das mulheres encarceradas deve ser realizado pela equipe de enfermagem da unidade prisional na perspectiva de diagnóstico precoce de alterações e controle de fatores de risco; esse deve ser conduzido por meio de ações de educação em saúde que promovam estilo de vida saudável e manutenção de uma pressão arterial adequada.

Tem-se como limitação dessa fase da pesquisa o nível de expertise da maioria dos enfermeiros, que foi considerado um nível baixo (iniciante avançado). Contudo, optou-se por realizar a análise da validade de conteúdo considerando o modelo da sabedoria coletiva (LOPES; SILVA, 2016), o qual estabelece que a possibilidade de erros relacionados às avaliações dos juízes é anulada em virtude de um maior quantitativo de profissionais com variados níveis de expertise (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016). Ademais, todos os juízes que participaram deste estudo tinham experiência na área de diagnóstico de enfermagem e/ou cardiologia, o que contribuiu para a realização de boas inferências acerca das relações causais do diagnóstico estudado.

Os resultados dessa etapa foram enviados à NANDA-I e a nova proposta diagnóstica do Risco de pressão arterial desequilibrada foi aceita, contribuindo para a atualização da taxonomia, baseada nas evidências científicas produzidas neste estudo. A atualização desse diagnóstico na taxonomia pode favorecer o reconhecimento do DE pelos enfermeiros durante o processo de julgamento clínico e raciocínio diagnóstico.

9.3 TERCEIRA ETAPA: EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CLÍNICA

O processo de validade de um DE é um estudo crucial para a produção de evidências que sustentem o uso desse diagnóstico em diferentes populações e contribuam para o aumento dos níveis de evidência dos DE (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). As evidências produzidas na última etapa desse processo, que é a validade clínica, retroalimentam os construtos teóricos da TMA construída.

A validade clínica corresponde ao mais alto nível de evidência de um DE (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021) e constata se o modelo teórico previamente validado em relação ao conteúdo, representa o fenômeno de enfermagem na prática clínica, em uma população exposta ao diagnóstico. Ademais, esse tipo de estudo permite o refinamento dos elementos diagnósticos, o que pode favorecer um julgamento clínico mais preciso (LOPES; SILVA, 2016). Assim, estudo caso-controle foi conduzido com as mulheres privadas de liberdade para verificar os fatores etiológicos do DE Risco de pressão arterial desequilibrada e estabelecer as relações de causalidade que explicam o desenvolvimento desse diagnóstico.

Dentre os elementos ligados ao DE Risco de pressão arterial desequilibrada avaliados, tem-se alguns aspectos relacionados à caracterização sociodemográfica da amostra. Sobre esse aspecto, constatou-se que as mulheres participantes tanto do grupo caso, quanto do grupo controle eram predominantemente pardas, com religião evangélica, com média de oito anos de estudo e tinham ocupação inativa no momento da coleta de dados. Perfil semelhante foi identificado em outros estudos (GALVÃO et al., 2019; CARVALHO et al., 2023; SILVA et al., 2023). Algumas dessas características sociodemográficas, como a raça parda (VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018) e o baixo nível de escolaridade (BANSODE; MARBANIANG; PRASAD, 2021), aumentam a vulnerabilidade social dos indivíduos, o que tem relação com o aumento dos níveis pressóricos (PRÉCOMA et al., 2019).

Sobre o estado civil, constatou-se que as mulheres do grupo caso tinham aproximadamente cinco vezes mais chances de serem viúvas do que as mulheres que viviam em união estável. Os resultados de outro estudo estão em consonância e demonstraram que mulheres viúvas, divorciadas ou separadas têm maior probabilidade de ter hipertensão do que as casadas (BANSODE; MARBANIANG; PRASAD, 2021). Em contrapartida, outros estudiosos explicam que ter um companheiro está relacionado a uma maior busca de acesso aos serviços de saúde, o que pode aumentar as chances de detecção de alterações na pressão arterial. Além disso, um relacionamento conjugal conflituoso pode contribuir para o aumento da pressão arterial devido à vivência de estresse (FIÓRIO et al., 2020).

As mulheres com a pressão arterial desequilibrada apresentaram cerca de 13 vezes mais chances de ganharem acima de três salários mínimos, em relação às mulheres que ganhavam menos de um salário mínimo. Para esse estudo, é preciso levar em conta que a minoria das mulheres do grupo caso (n=4) apresentou renda acima de três salários mínimos, sendo que a maioria (n=16) tem renda menor que dois salários mínimos. Além disso, essa relação pode ser explicada, em parte, porque muitas mulheres exerciam atividades ligadas ao tráfico de drogas

previamente ao aprisionamento (ARAÚJO et al., 2020), fato que pode contribuir para o aumento considerável da renda familiar. Entretanto, sabe-se que, no geral, a população privada de liberdade feminina possui uma renda familiar baixa, e esse geralmente é um fator que aumenta a vulnerabilidade socioeconômica e o risco de desenvolvimento de hipertensão dessas mulheres (PRÉCOMA et al., 2019; BARROSO et al., 2021).

No tocante à idade das mulheres, observou-se uma maior média (36 anos) no grupo caso, e, ao avaliar o fator de risco “indivíduos com idade maior que 30 anos”, os resultados demonstraram que esse fator esteve relacionado ao aumento do risco da pressão arterial desequilibrada. Outro estudo demonstrou que a média de idade da maioria das mulheres era de 31 anos, e que a idade igual/maior a 41 anos foi associada de forma independente a uma chance sete vezes maior de ter hipertensão arterial, se comparado a quem tem menos de 25 anos (SILVA et al., 2023).

O tempo de reclusão das mulheres do grupo caso foi bem maior que o do grupo controle, entretanto, não houve associação estatística com o desfecho da pressão arterial desequilibrada. Outro estudo realizado no Brasil identificou que o tempo de reclusão maior que 12 meses esteve associado a uma maior prevalência de hipertensão arterial (SILVA et al., 2023). Sabe-se que a vivência no ambiente prisional tem sido associada a maiores repercussões para a saúde cardiovascular (SILVA et al., 2020a). Ademais, mulheres privadas de liberdade possuem dificuldades para manter os níveis tensionais normais (GRAMMATIKOPOULOU et al., 2021).

Os resultados dessa etapa do estudo demonstraram que mulheres com a pressão arterial desequilibrada tinham maior chance de apresentar maiores valores de pressão arterial. A hipertensão apresenta-se nas mulheres privadas de liberdade com uma prevalência semelhante à da população em geral (LEAL et al., 2022; SILVA et al., 2023), entretanto, considera-se relevante o rastreamento precoce das mulheres encarceradas, pois essas geralmente são mais afetadas que os homens (GRAMMATIKOPOULOU et al., 2021) e apresentam a hipertensão em idade jovem (LEAL et al., 2022; SILVA et al., 2023).

Dentre os fatores etiológicos avaliados nesse estudo, o sedentarismo apresentou associação estatística com o desfecho da pressão arterial desequilibrada nas mulheres privadas de liberdade, entretanto, considerou-se que essa é uma associação espúria. Esse achado é contraditório em relação às recomendações de diretrizes a respeito dessa relação, as quais estabelecem que pessoas que praticam atividade física regular possuem menos chances de desenvolver hipertensão e outras doenças cardiovasculares (PRÉCOMA et al., 2019; WHO,

2020; BARROSO et al., 2021), assim como têm menores níveis pressóricos (HERROD et al., 2018; CONCEIÇÃO et al., 2021; BARROSO et al., 2021).

Considera-se que essa relação pode ter sido influenciada pelo baixo número de mulheres pertencentes ao grupo caso, por isso esse achado necessita ser confirmado em estudos com amostras maiores, controlados e randomizados. Ademais, nesse estudo, a maioria das mulheres era sedentária em ambos os grupos. Sabe-se que a estrutura dos presídios femininos geralmente não é propícia para a realização de atividades físicas devido ao espaço físico limitado (SILVA et al., 2020a; GRAMMATIKOPOULOU et al., 2021) e, também, há poucos incentivos para a realização dessas atividades no ambiente prisional. Assim, outros estudos demonstram que o sedentarismo é presente com prevalências de mais de 90% nessa população (GALVÃO et al., 2019; LEAL et al., 2022).

Aliado ao sedentarismo, tem-se o excesso de peso corporal, que apesar de ser um fator com alta frequência no grupo caso, não se associou com a pressão arterial desequilibrada. Sabe-se que tanto o sobrepeso quanto a obesidade, que caracterizam o excesso de peso corporal, são altamente prevalentes na população brasileira (BRASIL, 2022) e privada de liberdade feminina (SILVA et al., 2020a); estão associados ao aumento da pressão arterial e consequente hipertensão arterial (SILVA et al., 2023), além da diabetes, DCV e outras doenças crônicas (BRASIL, 2022). Especificamente dentro das prisões, o ganho de peso é maior entre as mulheres e está associado à HAS (GEBREMARIAM; NIANOGO; ARAH, 2018).

Um dos fatores relacionados ao excesso de peso corporal nas prisões é a alimentação inadequada. As mulheres do grupo caso apresentaram elevadas frequências dos fatores de risco alimentação hipercalórica e hipersódica. Esse achado está em consonância aos resultados de outro estudo, em que a maioria das mulheres referiu hábitos alimentares pouco saudáveis, sendo relatado baixo consumo de legumes e verduras e frequências consideráveis de alimentos ricos em calorias e sódio (GALVÃO et al., 2019).

A ingestão de sódio acima das recomendações diárias está associada à elevação da pressão arterial, assim como o consumo de uma alimentação hipercalórica (PRÉCOMA et al., 2019; BARROSO et al., 2021). Evidências demonstram que dietas com baixo teor de gorduras, carboidratos e sódio estão associadas a reduções eficazes na pressão arterial (SCHWINGSHACKL et al., 2018).

As dietas ricas em gorduras podem contribuir para o aparecimento da dislipidemia, outro fator de risco que não teve associação estatística com a pressão arterial desequilibrada. Esse fator foi avaliado por autorrelato e/ou presença de registro de exames laboratoriais em

prontuário. Destaca-se que a realização desse tipo de exame não é um padrão dentro da unidade prisional, assim, não foram todas as mulheres que tinham esse resultado de exame anexo ao prontuário; além disso, muitas vezes a dislipidemia é desconhecida pela maior parte das pessoas, dessa forma, acredita-se que esse fator foi subestimado na amostra. Estudo realizado com a população penitenciária feminina brasileira demonstrou que as mulheres presas com colesterol alto têm 2,6 vezes maior prevalência de hipertensão arterial que as mulheres com níveis de colesterol adequado (SILVA et al., 2023).

Outro fator de risco que teve maior frequência no grupo caso e apresentou associação estatística com o desenvolvimento da pressão arterial desequilibrada, foi a diabetes. Essa associação é apresentada em outro estudo, o qual demonstra que pessoas com diabetes têm maior alteração dos padrões pressóricos e maior variabilidade da pressão arterial circadiana. Nessas pessoas, os padrões de alteração de pressão podem sugerir, inclusive, complicações cardiovasculares e renais (LITHOVIUS; GROOP, 2021).

A DCV apresentou elevada frequência no grupo caso e demonstrou ser um fator de risco para a pressão arterial desequilibrada. Parece haver uma relação recíproca entre adoecimento cardiovascular e alterações de pressão arterial, pelos próprios mecanismos fisiopatológicos das doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos (PRÉCOMA et al., 2019; BARROSO et al., 2021). Por outro lado, é relevante afirmar que, à medida que a pressão arterial aumenta, o risco cardiovascular associado também é aumentado. A hipertensão é considerada como um relevante fator de risco modificável para DCV (PERUMAREDDI, 2019).

A prevalência de DCV é de 6,2% nas mulheres privadas de liberdade (LEAL et al., 2022). Apesar dessa taxa ser considerada baixa, constata-se um acúmulo de fatores de risco para essas doenças, com prevalências consideráveis desses, o que coloca essa população em situação de alerta para os agravos cardiovasculares (SILVA et al., 2020a).

Uma condição avaliada nesse estudo que pode agravar o adoecimento cardiovascular, é a síndrome metabólica, fator de risco que não apresentou associação estatística com a pressão arterial desequilibrada e teve baixa frequência nas participantes do estudo. Esse fator pode ter sido subestimado na amostra, já que foi avaliado por autorrelato e/ou presença de registro de exames em prontuário. Destaca-se que muitas mulheres não sabiam afirmar se tinham essa condição, muitas vezes, por não conhecê-la, e nos prontuários haviam poucos registros que constatassem a sua presença.

A síndrome metabólica apresenta mecanismos fisiopatológicos relacionados à inflamação assintomática e caracteriza-se por agregar marcadores de risco cardiovascular com

relevante impacto para a pressão arterial dos indivíduos (FÉLIX; NÓBREGA, 2019). Uma pressão arterial elevada também está associada à síndrome metabólica, uma vez que, nessa condição ocorrem anormalidades básicas na sensibilidade à insulina, as quais promovem aumento da atividade simpática e disfunção endotelial, responsáveis pela hipertensão (FRANCO et al., 2023).

Tal qual a síndrome metabólica, considera-se que a presença do fator de risco TEPT possa ter sido também subestimada, já que foi avaliado da mesma forma, por autorrelato e/ou presença de registro em prontuário. O TEPT é um distúrbio de ansiedade em resposta a algum evento traumático na vida da pessoa e está relacionado ao maior risco de hipertensão e DCV. Quanto maior a gravidade dos sintomas de TEPT, maior a resposta inflamatória e o comprometimento do sistema barorreflexo, o que pode contribuir para o desequilíbrio da pressão arterial (FONKOUÉ et al., 2020).

Os níveis de ansiedade e estresse de um indivíduo são fatores que podem contribuir para o TEPT e foram considerados bastante frequentes na amostra como um todo, especialmente, no grupo caso. Apesar disso, nesse estudo esses fatores não apresentaram associação significativa com a pressão arterial desequilibrada. O próprio ambiente prisional é considerado um local que pode contribuir para o aumento dos níveis de estresse e ansiedade e, conseqüentemente, da pressão arterial, mediante a insalubridade do lugar, a vivência em espaço limitado e superlotado, alto nível de ruído e presença de relações conflituosas e ameaçadoras (BONDOLFI et al., 2020).

Considera-se que tanto o estresse quanto a ansiedade podem ser fatores de risco emocionais que contribuem para o desenvolvimento ou manutenção da hipertensão arterial, todavia, essa relação não está completamente esclarecida, uma vez que, pessoas hipertensas também têm maior vulnerabilidade para apresentar mudanças psicológicas, comportamentais e emocionais, como o aumento dos níveis de estresse e ansiedade (OLIVEIRA et al., 2021).

Para o uso nocivo substâncias ilícitas, mais da metade da amostra do grupo caso tinha esse fator de risco, entretanto, não houve associação estatística com a pressão arterial desequilibrada. Acredita-se que esse resultado possa ter sido subestimado, já que, inferiu-se que algumas mulheres apresentavam receio de falar a verdade acerca do uso de substâncias ilícitas no ambiente prisional, devido às proibições do uso dessas substâncias e o medo de represálias. Acredita-se, portanto, que isso interferiu nas respostas e, conseqüentemente, na análise desse fator de risco.

O uso nocivo de substâncias ilícitas é caracterizado pelo padrão de uso de qualquer substância ilícita que pode gerar problemas sociais, legais, ocupacionais, financeiros ou de

saúde, ou que tem o potencial para criar tais problemas, se houver persistência do uso dessa substância (HUMENIUK et al., 2020). Para as mulheres privadas de liberdade, destacam-se os relatos de uso de medicamentos psicotrópicos sem receita médica. Muitas mulheres afirmaram que existe entre elas a venda/compra desses, já que, muitas vezes, não conseguiam atendimento com o psiquiatra no presídio e recorriam a esse comércio.

Algumas classes de medicamentos psicotrópicos, como os antidepressivos e as substâncias ilícitas podem induzir hipertensão secundária, aumentar os níveis pressóricos em pessoas com hipertensão previamente controlada, diminuir os efeitos de medicamentos anti-hipertensivos, além de induzir uma emergência hipertensiva (DIACONU; DEDIU; IANCU, 2018).

Para o uso nocivo de álcool, obteve-se baixa frequência desse fator de risco entre os grupos, o que pode ser justificado pelas dificuldades de entrada dessa substância no presídio. Ademais, é preciso considerar que o instrumento utilizado para avaliar esse fator estava voltado para o uso nos últimos 3 meses, e que muitas mulheres relatavam uso de álcool em períodos prévios ao aprisionamento, assim, esse fator pode ter sido também subestimado na amostra.

Sabe-se que os efeitos do consumo do álcool na pressão arterial dependem do tipo de bebida ingerida, volume da ingesta, estilo de vida, padrão de consumo e nível socioeconômico da população estudada. Quando ingerido em dose única, o álcool tem um efeito bifásico dose-dependente caracterizado por diminuição da pressão arterial, vasodilatação e aumento da frequência cardíaca, com posterior aumento da pressão arterial (PRÉCOMA et al., 2019). Especificamente para mulheres, existe maior prevalência de hipertensão arterial ou elevação da pressão arterial para aquelas que ingerem acima de 15 g de álcool/dia (BARROSO et al., 2021).

Em relação ao tabagismo, fator altamente frequente em ambos os grupos, esse tem sido hábito entre as mulheres privadas de liberdade, muitas vezes, iniciado no ambiente prisional (SILVA et al., 2020; LEAL et al., 2022; SILVA et al., 2023). Outros estudos apresentaram prevalências de mais de 50% de mulheres encarceradas tabagistas (LEAL et al., 2022; SILVA et al., 2023) e, em um deles, essas mulheres tiveram maior prevalência de hipertensão arterial (SILVA et al., 2023). Pesquisa realizada nos EUA demonstrou que o tabagismo atual foi associado à hipertensão incidente, sendo que houve um aumento do risco de 30% ou mais para as pessoas que consomem acima de 5 anos-maço de exposição (KAPLAN et al., 2021).

A insônia, fator de risco de elevada frequência no grupo caso, não teve associação estatística com o desfecho da pressão arterial desequilibrada, mas é uma condição muito comum nos ambientes prisionais relacionada à superlotação e insalubridade das celas (HACHBARDT

et al., 2020; SHEPPARD; HOGAN, 2022); possui relação com a elevação da pressão arterial (ABBOTT et al., 2019).

Sobre o conhecimento insuficiente dos fatores de risco, todas as mulheres participantes desse estudo apresentaram esse fator de risco. Esse achado pode estar relacionado ao baixo grau de instrução dessa população, o qual possui relação com um alfabetismo funcional em saúde inadequado. Pessoas que possuem esse alfabetismo inadequado têm pior controle dos níveis de pressão arterial e conseqüentemente da hipertensão arterial (SHI et al., 2017; COSTA et al., 2019). Além disso, o alfabetismo inadequado também está associado à cor parda-negra, sobrepeso-obesidade, baixa adesão a exercícios físicos e dieta adequada, e não adesão a medicamentos (COSTA et al., 2019).

A prevalência da hipertensão aumenta devido à falta de conscientização sobre o manejo da saúde, a qual está relacionada ao conhecimento sobre a doença, sua prevenção e tratamento, que devem ser estimulados mediante programas de educação em saúde e gerenciamento de doenças (BANSODE; MARBANIANG; PRASAD, 2021).

Existem algumas estratégias específicas que podem ser trabalhadas com o foco na educação em saúde e na prevenção dos fatores de risco para o desequilíbrio da pressão arterial, ao identificar o DE Risco de pressão arterial desequilibrada. Dentre essas, citam-se as abordagens para cessação do tabagismo eficaz por meio do empoderamento e adesão a medicações para dependência de nicotina; estímulo à adesão medicamentosa e mudança de estilo de vida de pessoas hipertensas; aconselhamento nutricional; estímulo à realização de atividades físicas diárias por, pelo menos, trinta minutos; incentivo a programas de educação e alimentação em unidade escolar; treinamento de atividades comportamentais e acompanhamento rotineiro com equipe de saúde (IHM et al., 2022).

Os enfermeiros atuantes na atenção primária à saúde são os profissionais que devem, como parte integrante da equipe de saúde da família, liderar as equipes no planejamento e implementação de intervenções eficazes para combater os agravos não transmissíveis, especialmente para as pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Para isso, o uso de recursos educacionais eficientes, inovadores e baseados em evidências são relevantes como ferramentas para melhorar a alfabetização em saúde em relação à pressão arterial, bem como reduzir as disparidades de saúde entre as populações vulneráveis (GARNER et al., 2020).

O cenário da privação de liberdade coloca as pessoas em situação de elevada vulnerabilidade, e, apesar de toda a insalubridade e problemática relatada, é um ambiente de atividades e hábitos de vida relativamente controlados; talvez esse seja um dos motivos de

alguns fatores etiológicos avaliados se apresentarem em menor frequência e não terem associação estatística com o desfecho da pressão arterial desequilibrada.

Em relação aos fatores etiológicos classificados como fator de risco do DE avaliado no estudo, apesar de nenhum deles ter apresentado associação estatística significativa com o desfecho da pressão arterial desequilibrada, é imperiosa a relevância clínica para a população de mulheres privadas de liberdade, que apresentam elevada vulnerabilidade e demandam atenção especial no âmbito das necessidades de saúde biopsicossocial.

Além disso, vasta literatura científica que ancorou os construtos da TMA apresentou as relações causais entre os fatores de risco avaliados e o desequilíbrio da pressão arterial. Dessa forma, consideram-se relevantes maiores investigações acerca desses fatores nessa população, com o intuito de fornecer mais contribuições para o raciocínio diagnóstico e julgamento clínico, além de garantir o planejamento e a implementação das intervenções de enfermagem que podem ser realizadas por enfermeiros de forma independente.

Dentre as limitações dessa etapa do estudo, tem-se a possibilidade de algumas associações não terem sido encontradas por estarem confundidas devido ao grupo caso incluir mulheres com duas características distintas de desequilíbrio de pressão arterial (acima e abaixo dos níveis estabelecidos como normais). Outra limitação dessa etapa foi relacionada a algumas variáveis, tais como conhecimento insuficiente sobre os fatores de risco, indivíduos em vulnerabilidade social e sexo feminino, que não puderam ser incluídas na análise bivariada devido à baixa variabilidade entre os grupos caso e controle, o que pode ter levado à perda de informações e inferências. Adicionalmente, a mensuração de outras variáveis, como dislipidemia, diabetes, síndrome metabólica, TEPT e DCV foi dificultada por falhas no registro de prontuário ou pelo fato das mulheres não conhecerem sobre seu histórico de saúde. Dessa forma, acredita-se que alguns desses fatores possam ter sido subestimados na amostra.

10 CONCLUSÃO

O processo de validade do DE Risco de pressão arterial instável forneceu evidências atualizadas desse fenômeno considerando a teoria, a pesquisa e a prática, o que ressalta a importância desses três aspectos para a prática profissional de enfermagem. As evidências apresentadas possibilitaram uma reformulação na estrutura diagnóstica, com uma nova proposição para o DE analisado.

As evidências decorrentes da validade teórico-causal demonstraram que a construção da TMA permitiu maior compreensão das relações de causalidade do fenômeno risco de pressão arterial instável. Possibilitou-se a criação de uma estrutura diagnóstica com novos elementos (título, definição, fatores de risco, condições associadas e populações em risco) com base na identificação de dois atributos essenciais e 19 antecedentes, bem como da construção de um diagrama pictorial e sete proposições teóricas.

As evidências originárias da validade de conteúdo com os juízes constataram como válidos para as mulheres privadas de liberdade um novo título, uma nova definição e os 20 fatores etiológicos (11 fatores de risco, cinco condições associadas e quatro populações em risco) do DE em estudo. Nessa etapa do estudo, foram validadas modificações relevantes no título diagnóstico, o qual passou a ser denominado Risco de pressão arterial desequilibrada; também houve mudanças no rótulo de cinco fatores etiológicos, além da separação do fator de risco “alimentação hipercalórica e/ou hipersódica” em dois novos fatores. As categorizações dos fatores etiológicos em fator de risco, condição associada e população em risco foram mantidas. Essa nova proposta diagnóstica do Risco de pressão arterial desequilibrada foi aceita pela NANDA-I e será publicada na próxima versão da taxonomia.

As evidências da validade clínica demonstraram que dos 20 fatores etiológicos validados pelos juízes, três apresentaram associação estatística com o desfecho da pressão arterial desequilibrada, a saber: as condições associadas DCV; diabetes e a população em risco indivíduos com idade maior que 30 anos. Alguns fatores, tais como: conhecimento insuficiente dos fatores de risco; excesso de peso corporal; alimentação hipercalórica; alimentação hipersódica; ansiedade; estresse; insônia; doença cardiovascular; indivíduos com histórico familiar de hipertensão arterial; e indivíduos com idade maior que 30 anos se apresentaram com maior frequência em mais da metade da amostra de mulheres privadas de liberdade com a pressão arterial desequilibrada.

A população privada de liberdade feminina está exposta a um ambiente insalubre, capaz de potencializar vários fatores de risco para a saúde, muitas vezes já presentes nas mulheres previamente ao aprisionamento. Assim, muitos desses fatores podem ser continuados ou até intensificados após a libertação da prisão, por isso, o ambiente prisional pode ser oportuno para enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde prisionais colocarem em prática o processo de enfermagem por meio da operacionalização de suas etapas.

O foco deve ser no DE, planejamento e implementação de ações de educação em saúde voltadas para o controle/redução dos fatores de risco para uma pressão arterial desequilibrada. Dessa forma, as mulheres poderiam empoderar-se sobre sua saúde e assumir novos hábitos de vida, além de atuarem como multiplicadoras do conhecimento sobre a temática, dentro e fora das instituições penais.

Sugere-se cautela na generalização dos resultados, visto que, as mulheres privadas de liberdade são uma população bastante peculiar, e, após a análise estatística da validade clínica, nenhum dos fatores associados à pressão arterial desequilibrada era categorizado como fator de risco. Considera-se que a hipótese desse estudo foi refutada, assim, as evidências de validade clínica do DE Risco de pressão arterial desequilibrada não foram suficientes para justificar sua aplicabilidade para as mulheres privadas de liberdade. Apesar disso, ratifica-se a TMA construída com evidências científicas robustas, as quais apresentaram as relações de causalidade que conduzem ao raciocínio diagnóstico. Torna-se relevante a testagem dessa teoria em outros cenários prisionais.

Recomenda-se a realização de novos estudos com o DE Risco de pressão arterial desequilibrada, em outras populações, com amostras maiores, no sentido de contribuir com a prática da enfermagem a partir de outras perspectivas, com vistas à facilitação do raciocínio diagnóstico e julgamento clínico. Além disso, espera-se também produzir níveis mais altos de evidências que atualizem a taxonomia da NANDA-I.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, S. M.; WENG, J.; REID, K. J.; DAVIGLUS, M. L.; GALLO, L. C.; LOREDO, J. S.; et al. Sleep Timing, Stability, and BP in the Sueño Ancillary Study of the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. **Chest**, v. 155, n. 1, p. 60–68, 2019.
- AGYAPONG, N. A. F.; ANNAN, R. A.; APPREY, C. Prevalence of risk factors of cardiovascular diseases among prisoners: a systematic review, **Nutrition & Food Science**, v. 47, n. 6, p. 896-906, 2017.
- AHA. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Low Blood Pressure - When Blood Pressure Is Too Low. Mai. 2023. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/the-facts-about-high-blood-pressure/low-blood-pressure-when-blood-pressure-is-too-low>. Acesso em: 06 out. 2021.
- 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.
- ANDRADE, A. L. C. C.; BARBOSA, A. P. D. I.; BAGNI, U. V. Body image in prison: perceptions of imprisoned women. **Demetra**, v. 13, n. 2, p. 381-393, 2018.
- ANDUALEM, A.; GELAYE, H.; DAMTIE, Y. Adherence to Lifestyle Modifications and Associated Factors Among Adult Hypertensive Patients Attending Chronic Follow-Up Units of Dessie Referral Hospital, North East Ethiopia, 2020. **Integr Blood Press Control**, v. 13, p. 145–156, 2020.
- ANSELMINO, M.; MATTA, M.; GAITA, F., 2014 Drug abuse: another challenge for the cardiologist? **J Cardiovasc Med (Hagerstown)**, v. 15, n. 7, p. 525-531, 2014.
- ARAÚJO, P. F.; KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C.; RUTHERFORD, G. W.; SEAL, D. W.; NETO, R. J. P.; et al. Behind bars: the burden of being a woman in Brazilian prisons. **BMC Int Health Hum Rights**, v. 20, n. 1, p. 31, 2020.
- ARRIES, E. J.; MAPOSA, S. Cardiovascular Risk Factors Among Prisoners: an integrative review. **J Forensic Nurs**, v. 9, n. 1, p. 52-64, 2013.
- BANSODE, B.; MARBANIANG, S. P.; PRASAD, J. B. Risk factors of diabetes and hypertension among women in Karnataka. **Diabetes Metab Syndr**, v. 15, n. 4, p. 102139, 2021.
- BARROS, A. L. B. L.; ANDRIGHETTO, A. L.; NAPOLEÃO, A. A.; LOPES, C. T.; FONTES, C. M. B.; SANCHEZ, C. G. **Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**. 2. ed. São Paulo: COREN-SP, 2021. 256 p.
- BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTI, L. A.; MOTA-GOMES, M. A.; BRANDÃO, A. A.; FEITOSA, A. D. M. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BAUTISTA-ARREDONDO, S.; GONZÁLEZ, A.; SERVAN-MORI, E.; BEYNON, F.; JUAREZ-FIGUEROA, L.; CONDE-GLEZ, C. J.; 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, e0131718-e0131718, 2015.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics**. 2. ed. Springer Publishing Company, 2009. 528p.

BLEGEN, M.; TRIPP-REIMER, T. Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. **Advances in nursing science**, v. 19, n. 3, p. 37-49, 1997.

BONDOLFI, C.; TAFFE, P.; AUGSBURGER, A.; JAQUES, C.; MALEBRANCHE, M.; CAROLE, C.; BODENMANN, P. Impact of incarceration on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-regression on weight and BMI change. **BMJ Open**, v. 10, e039278, 2020.

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.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA, J. R. C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-63, 1995.

BRAMER, W. M.; MILIC, J.; MAST, F. Reviewing retrieved references for inclusion in systematic reviews using EndNote. **J Med Libr Assoc.**, v. 105, n. 1, p. 84-87, 2017.

BRANDÃO, M. A. G.; MARTINS, J. S. A.; PEIXOTO, M. A. P.; LOPES, R. O. P.; PRIMO, C. C. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, e1420017, 2017.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15/10/2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 out. 2009, Seção 1, p.179.

BRASIL. Resolução CNE/CEB nº 2, de 19 de maio de 2010. **Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais para a oferta da Educação para jovens e adultos em situação de privação de liberdade nos estabelecimentos penais**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 maio 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.626, de 24 de novembro de 2011a. **Institui o Plano Estratégico de Educação no âmbito do Sistema Prisional**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 nov. 2011a.

BRASIL. Lei nº 12.433, de 29 de junho de 2011b. **Altera a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), para dispor sobre a remição de parte do tempo de execução da pena por estudo ou por trabalho.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar. Como ter uma alimentação saudável.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 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 Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, 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 (PNAMPE).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 16 jan, 2014b.

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

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN período de julho a dezembro de 2020.** Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030 / Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BUTLER, A.; HALL, H.; COPNELL, B. A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 13, n. 3, p. 241–249, 2016.

CABRAL, D. C. P.; LIMA, M. F. G.; ALBUQUERQUE, N. L. S.; PONTES, C. M.; GUEDES, T. G.; LINHARES, F. M. P. Preventive measures against risk factors for

cardiovascular diseases in the prison environment: an integrative review. **Rev Rene**, v. 24, e83186, 2023.

CARVALHO, E. C.; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. S.; MORAIS, S. C. R. V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Rev. Bras. Enferm**, v. 70, n. 3, p. 662-668, 2017.

CARVALHO, I. S.; MENDES, R. C. M. G.; LIMA, L. H. S. S.; SILVA, G. P.; LIMA, M. F. G.; GUEDES, T. G.; LINHARES, F. M. P. Effect of a board game on imprisoned women's knowledge about sexually transmitted infections: a quasi-experimental study. **BMJ Public Health**, v. 23, n. 690, p. 1-11, 2023.

CASTILLO, A. R. G. L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 22, supl. 2, p. 20-23, 2000.

CASTRO, L. S. **Adaptação e Validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI): Caracterização Populacional, Valores Normativos e Aspectos Associados**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 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 mar 2019.

CHATZIEFSTRATIOU, A. A.; FOTOS, N. V.; GIAKOUMIDAKIS, K.; BROKALAKI, H. Impact of nurse-initiated education on HeartScore in patients with hypertension: a randomised trial. **British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)**, v. 30, n. 12, p. 722-728, 2021.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEINM, R. A global measure of perceived stress. **J Health Soc Behav**, v. 24, n. 4, p. 385-96, 1983.

CONCEIÇÃO, A. F.; MUNIZ, D. L.; SANTOS, C. P. C.; QUEIROZ, C. O. Acute Blood Pressure Response to Different Resistance Programs in Trained Men. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 34, n. 3, p. 294-299, 2021.

COSTA, V. R. S.; COSTA, P. D. R.; NAKANO, E. Y.; APOLINÁRIO, D.; SANTANA, A. N. C. Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. **Rev Bras Enferm**, v. 72, supl 2, p. 266-73, 2019.

CUSCHIERI, S. The STROBE guidelines. **Saudi J Anaesth**, v. 13, supl. 1, p. 31-34, 2019. DAS, E.; MOON, J. H.; LEE, J. H.; THAKKAR, N.; PAUSOVA, Z.; SUNG, H. K. Adipose tissue and modulation of hypertension. **Curr Hypertens Rep**, v. 20, n. 11, p. 1-8, 2018.

DIACONU, C. C.; DEDIU, G. N.; IANCU, M. A. Drug-induced arterial hypertension – a frequently ignored cause of secondary hypertension: a review. **Acta Cardiologica**, v. 73, n. 6, p. 511-517, 2018.

DINIZ, C. M.; LOPES, M. V.; NUNES, M. M.; MENEZES, A. P.; SILVA, V. M.; LEAL, L. P. A content analysis of clinical indicators and etiological factors of ineffective infant feeding patterns. **J Pediatr Nurs**, v. 52, e70-e76, 2020.

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.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007.

FAIR, H.; WALMSLEY, R. World Prison Population List. 13 ed. World prison brief. **Institute for Crime & Justice Policy Research** [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_13th_edition.pdf. Acesso em: 05 set. 2023.

FAIR, H.; WALMSLEY, R. World Female Imprisonment List. Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners. 5 ed. World prison brief. **Institute for Crime & Justice Policy Research** [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_imprisonment_list_5th_edition.pdf. Acesso em: 05 set. 2023.

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. 1, supl.1, p. 1-76, 2017.

FARIAS, M. S.; SILVA, L. F.; BRANDÃO, M. A. G.; GUEDES, M. V. C.; PONTES KMA, LOPES ROP. Medium reach theory for nursing in cardiovascular rehabilitation. **Rev Bras Enferm**. v. 74, n. 3, e20190718, 2021.

FAWCETT, J. Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. **Aquichan**, v. 5, n. 1, p. 32–43, 2005.

FAZEL, S.; BAILLARGEON, J. The health of prisoners. **Lancet**, v. 377, n. 9769, p. 956-965, 2011.

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

FEIO, C. M. A.; SOUZA, D. S. M.; SANTOS, A. S. F.; RIBEIRO, C. F. L.; SANCHES, L. A. A.; Pacheco, J. V. Dislipidemia e hipertensão arterial. Uma relação nefasta. **Rev Bras Hipertens**, v. 27, n. 2, p. 64-7, 2020.

FÉLIX, N. D. C.; NÓBREGA, M. M. L. Metabolic Syndrome: conceptual analysis in the nursing context. **Rev. Latino-Am. enfermagem**. v. 27, e3154, 2019.

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, 2016.

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

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicol. cienc. prof.**, v. 19, n. 3, p. 40-51, 1999.

FIÓRIO, C. E.; CESAR, C. L. G.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M. Prevalence of hypertension in adults in the city of São Paulo and associated factors. **Rev Bras Epidemiol**, v. 23, e200052, 2020.

FLEISS, J. L. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. Jonh Wiley & Sons, 1981.

FONKOUÉ, I. T.; MARVAR, P. J.; NORRHOLM, S.; LI, Y.; KANKAM, M. L.; JONES, T. N.; et al. Symptom severity impacts sympathetic dysregulation and inflammation in post-traumatic stress disorder (PTSD). **Brain Behav Immun**, v. 83, p. 260–269, 2020.

FONSECA, F. C. A.; COELHO, R. Z.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, L. F.; FILHO, H. C. S. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J Bras Psiquiatr.**, v. 58, n. 2, p. 128-134.

FRANCO, L. E. J.; PÉREZ, D. M. G.; REGAL, M. L. L.; MARTÍNEZ, C. G.; LEYVA, L. B.; OLIVERO, A. M. Mecanismos fisiopatológicos de asociación entre síndrome metabólico e hipertensión arterial: una actualización. **Rev. Finlay**, v. 13, n. 1, p. 95-103, 2023.

GALVÃO, M. H. R.; SENA, E. A.; COSTA, D. O.; PEREIRA, I. L.; FORTE, F. D. S.; FREITAS, C. H. S. M. Risco para doenças cardiovasculares em mulheres detentas. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, e8994, 2019.

GARNER, S. L.; GEORGE, C. E.; YOUNG, P.; HITCHCOCK, J.; KOCH, H.; GREEN, G.; MAHID, Z.; NORMAN, G. Effectiveness of an mHealth application to improve hypertension health literacy in India. **Int. Nurs. Rev.**, v. 67, p. 476–483, 2020.

GEBREMARIAM, M. K.; NIANOGO, R. A.; ARAH, A. O. Weight gain during incarceration: systematic review and meta-analysis. **Obes Rev**, v. 19, n. 1, p. 98-110, 2018.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem Os fundamentos à prática profissional**. 4 ed., Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 205.

GILLES, M.; SWINGLER, E.; CRAVEN, C.; LARSON, A. Prison health and public health responses at a regional prison in Western Australia. **Aust N Z J Public Health**, v. 32, n. 6, p. 549-553, 2008.

GOLBERT, A.; VASQUES, A. C. J.; FARIA, A. C. R. A.; LOTTENBERG, A. M. P.; JOAQUIM, A. G.; VIANNA, A. G. D.; et al. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Clannad: Editora científica, 2019.

GRAMMATIKOPOULOU, M. G.; LAMPROPOULOU, M. A.; MILAPIDOU, M.; GOULIS, D. G. At the heart of the matter: Cardiovascular health challenges among incarcerated women. **Maturitas**, v. 149, p. 16-25, 2021.

HACHBARDT, N. B.; HATTORI, T. Y.; NASCIMENTO, V. F.; SILVA, J. H.; TERÇAS-TRETTEL, A. C. P.; OLIVEIRA, V. K. V.; ATANAKA, M. Cardiovascular Risk in Women Deprived of Freedom from a Public Prison in Mato Grosso, Brazil. **High Blood Press Cardiovasc Prev**, v. 27, n. 2, p. 139-150, 2020.

HAN, M.; LI, Q.; LIU, L.; ZHANG, D.; REN, Y.; ZHAO, Y.; et al. Prehypertension and risk of cardiovascular diseases: a meta-analysis of 47 cohort studies. **J Hypertens**, v. 37, n. 12, p. 2325-32, 2019.

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. 1975–1982, 2012.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Nursing diagnoses definitions and classification 2021-2023**. 12 ed. New York, Thieme, 2021.

HERROD, P. J.; DOLEMAN, B.; BLACKWELL, J. E.; O'BOYLE, F.; WILLIAMS, J. P.; LUND, J. N.; et al. Exercise and other nonpharmacological strategies to reduce blood pressure in older adults: a systematic review and meta-analysis. **J Am Soc Hypertens**, v. 12, n. 4, p. 248-67, 2018.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

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.

HOPIA, H.; LATVALA, E.; LIIMATAINEN, L. Reviewing the methodology of na integrative review. **Scand J Caring Sci**, v. 30, n. 4, p. 662-669, 2016.

HUMENIUK, R.; EDWARDS, H.; ALI, R.; POZNYAK, V.; MONTEIRO, M. G. **The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care**. Geneva: World Health Organization, 2020.

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

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION – ISO [Internet]. ISO 18.104:2023. Health informatics: categorial structures for representation of nursing practice in terminological systems. 3 ed. Geneva: ISO; 2023.

IHM, S. H.; KIM, K.; LEE, K. J.; WON, J. H.; NA, J. O.; RHA, S-W; et al. Interventions for Adherence Improvement in the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases: Expert Consensus Statement. **Korean Circ J**, v. 52, n. 1, p.1–33, 2022.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. JBI. JBI Levels of evidence. Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October

2013. Published 2013. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

JOHNSON, R. A.; MILNER, K. A.; HENG, C.; GREER, A. E.; DENISCO, S. Implementation and Evaluation of a Physical Activity and Dietary Program in Federal Incarcerated Females. **J Correct Health Care**, v. 24, n. 4, p. 395-406, 2018.

JOHNSON, C.; CHAPUT, J. P.; DIASPARRA, M.; RICHARD, C.; DUBOIS, L. How did the tobacco ban increase inmates' body weight during incarceration in Canadian federal penitentiaries? A cohort study. **BMJ Open**, v. 9, e024552-e024552, 2019.

JORDÃO, R. R. R.; SOUSA, S. M. A.; FERNANDES, F. L.; LOPES, M. V. O.; MANGUEIRA, S. O.; SILVA, G. P.; MENDES, R. C. M. G.; MORAIS, S. C. R. V.; LINHARES, F. M. P. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem processos familiares interrompidos. **Acta Paul Enferm**, v. 35, eAPE01716-eAPE01716, 2022.

KAPLAN, R. C.; BALDONI, P. L.; STRIZICH, G. M.; PÉREZ-STABLE, E. J.; SACCONI, N. L.; PERALTA, C. A.; et al. Current Smoking Raises Risk of Incident Hypertension: Hispanic Community Health Study—Study of Latinos. **Am. J. Hypertens**, v. 34, n. 2, p. 190–197, 2021.

KHAVJOU, O. A.; CLARKE, J.; HOFELDT, R. M.; LIHS, P.; LOO, R. K.; PRABHU, 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.

LAGARRIGUE, A.; AJANA, S.; CAPURON, L.; FÉART, 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-e0170413, 2017.

LEAL, M.; KERR, L.; MOTA, R. M. S.; PIRES NETO, R. J.; SEAL, D.; KENDAL, C. Health of female prisoners in Brazil. **Cien Saúde Colet**, v. 27, n. 12, p. 4521-4529, 2022.

LEANDRO, T. A.; NUNES, M. M.; TEIXEIRA, I. X.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L.; LIMA, F. E. T. et al. Development of middle-range theories in Nursing. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 1, e20170893, 2020.

LIMA JUNIOR, E.; LIMA NETO, E. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais: estresse e migração. **Rev. bras. hipertens**, v. 17, n. 4, p. 210-225, 2010.

LITHOVIUS, R.; GROOP, P-H.; The many faces of hypertension in individuals with type 1 diabetes. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 197, p. 110564, 2023.

LIU, R.-Q.; ZHENGMIN, Q.; EDWIN, T.; JEN-JEN, C.; ALAN, Z.; YUAN-TAO. et al. Poor sleep quality associated with high risk of hypertension and elevated blood pressure in China: Results from a large population-based study. **Hypertension research**, v. 39, n. 1, p. 54-9, 2016.

LOGAN, A.; FREEMAN, J.; POOLER, J.; KENT, B.; GUNN, H.; BILLINGS, S.; CORK, E; MARSDEN, J. Effectiveness of non-pharmacological interventions to treat orthostatic

hypotension in elderly people and people with a neurological condition: a systematic review. **JBI Evid Synth.**, v. 18, n. 12, p. 2556-2617, 2020.

LOPES, M. V. O. **Desenhos de pesquisa em epidemiologia.** In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

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

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, Emília Campos de Carvalho. (Org.). **PRONANDA -Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Conceitos básicos.** 1 ed. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora Ltda, 2016, p. 09-51.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; HERDMAN, T. H. Causation and validation of nursing diagnoses: a middle range theory. **International journal of nursing knowledge**, v. 28, n. 1, p. 53-59, 2017.

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.

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.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; MOREIRA, T. R.; SILVA, L. S. Adherence to non-pharmacological treatment: Analysis of the impact of three health educational and nutritional strategies in hypertensive patients. **Rev Nutr [Internet]**, v. 29, n. 1, p. 11-22, 2016.

MAIA, J. D. S.; SILVA, A. B.; MELO, R. H. V.; RODRIGUES, M. P.; JÚNIOR, A. M.; A educação em saúde para usuários hipertensos: percepções de profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 81-97, 2018.

MARIOSIA, D. F.; FERRAZ, R. R. N.; SANTOS-SILVA, E. N. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1425-1436, 2018.

MARTE, A. P.; SANTOS, R. D. Dislipidemia and hypertension: physiopatology. **Rev Bras Hipertens.**, v. 14, n. 4, p. 252-257, 2007.

MATOZINHOS, F. P.; MENDES, L. L.; OLIVEIRA, A. G. C.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Fatores associados à hipertensão arterial em populações rurais. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 333-340, 2011.

MAUAD, H.; CABRAL, A. M.; VASQUEZ, E. C. Blood pressure control. **Rev. bras. Hipertens**, v. 4, n. 4, p.206-13, 1997.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MENDES, R. C. M. G.; FRAZÃO, C. M. F. Q.; LACERDA, A. C. T.; LOPES, M. V. O.; LINHARES, F. M. P.; MANGUEIRA, S. O. Content validation of the nursing diagnosis Risk for disturbed maternal-fetal dyad. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, e03689-e03689, 2021.

MIL, J. G. Determinantes Sociais na Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 113, n. 4, p. 696-698, 2019.

MOHAN, A. R. M.; THOMSON, P.; LESLIE, S. J.; DIMOVA, E; HAW, S; MCKAY, J. A. A Systematic Review of Interventions to Improve Health Factors or Behaviors of the Cardiovascular Health of Prisoners During Incarceration. **J Cardiovas Nurs**, v. 33, n. 1, p. 72-81, 2018.

MOURAD, O.; HOSSAM, H.; ZBYS, F.; AHMED, E. Rayyan – a web and mobile app for systematic review. **Sys Rev**, n. 210, 2016.

NARA, K.; IGARASHI, M. Relationship of prison lifestyle to blood pressure, serum lipids and obesity in women prisoners in Japan. **Ind Health**, v. 36, n. 1, p. 1-7, 1998.

NEVES, G. S. M. L; GIORELLI, A. S.; FLORIDO, P.; GOMES, M. M. Transtornos do sono: visão geral. **Rev Bras Neurol**, v. 49, n. 2, p. 57-71, 2013.

NOLAN, A. M.; STEWART, L. A. Chronic Health Conditions Among Incoming Canadian Federally Sentenced Women. **J Correct Health Care**, v. 23, n. 1, p. 93-103, 2017.

NUCCI, D.; LICITRA, L.; SCIARA, S.; MORETTI, M.; GIANFREDI, V. PRuNUS: design and validation of a questionnaire among prisoners - data of pilot study in the Penitentiary Institute of Perugia, Italy. **Int J Prison Health**, v. 16, n. 2, p. 165-183, 2019.

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, A. R.; BEZERRA, H. C. J.; GAUDÊNCIO, E. O.; BATISTA, J. R. M.; LUCENA, M. S. R. A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura. **Psicol. estud**, v. 26, e46083, 2021.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D.; et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**. v. 372, n. 71, 2021.

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

PEDROSA, T. M. M.; BISPO, J. F.; CEZÁRIO, L. A.; SILVA, C. B.; MELO, A. M. A.; BELO, F. M. P.; MELO, G. B. Perfil sociodemográfico de homens e mulheres privados de liberdade no nordeste do Brasil: um estudo comparativo. **International Journal of Development Research**, vol. 10, n. 10, p. 41713-41720, 2020.

PENAL REFORM INTERNATIONAL. **Mulheres privadas de liberdade: Um guia de monitoramento com enfoque de gênero**. 2 ed. Reino Unido: Penal Reform International, 2015.

PERUMAREDDI, P. Prevention of Hypertension Related to Cardiovascular Disease. **Prim Care Clin Office Pract**, v. 46, n. 1, p. 27–39, 2019.

PITMAN, E. J. G. **Lecture notes on nonparametric statistical inference**. Chapel Hill: North Carolina State University / Department of Statistics, 1949.

PLAVNIK, F. L. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. **Rev. bras. Hipertens**, v. 9, n. 2, p. 185-191, 2002.

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

POZZAN, R.; POZZAN, R.; BRANDÃO, A. A., MAGALHÃES, M. E. C.; FRANÇA, M. F.; FREITAS, E. V.; ZILLI, E. C.; BRANDÃO, A. P. Hipertensão arterial e síndrome metabólica. **Revista da SOCERJ**, v. 15, n. 4, p. 219-225, 2002.

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.

PRÉCOMA, D. B.; OLIVEIRA, G. M. M.; SIMÃO, A. F.; DUTRA, O. P.; COELHO, O. R.; IZAR, C. O. M.; et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq Bras Cardiol**, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

PROIA, K. K.; THOTA, A. B.; NJIE, G. J.; FINNIE, R. K. C.; HOPKINS D. P.; MUKHTAR, Q. et al. Team-based care and improved blood pressure control: a community guide systematic review. **Am J Prev Med**, v. 47, n. 1, p. 86-99, 2014.

RAMOS, A. I.; SINISKI, K. C.; PALOMBIT, M. R.; CRUZ, E.; PITILIN, E. B.; LÉO, M. M. F.; ARAÚJO, J. S.; CONCEIÇÃO, V. M. Factors associated with high blood pressure and stress in men deprived of liberty. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 4, e20210299-e20210299, 2022.

RITTER, C.; STÖVER, H.; LEVY, M.; et al. Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. **J Public Health Policy**, v. 32, n. 1, p. 32-45, 2011.

RODGERS, J. L.; SAMUEL, J. J.; BOLLEDDU, I.; VANTHENAPALLI, S.; RODGERS, L. E.; SHAH, K.; KARIA, K.; PANGULURI, S. K. Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. **J. Cardiovasc. Dev. Dis**, v. 6, n. 2, p. 1-19, 2019.

ROERECKE, M.; KACZOROWSKI, J.; TOBE, S. W.; GMEL, G.; HASAN, O. S. M.; REHM, J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Public Health**, v. 2, n. 2, e108–e120, 2017.

ROY, C. **The Roy adaptation model**. 3. ed. New Jersey: Pearson Education, 2009.

ROY, C. **Generating middle range theory: From evidence to practice**. New York: Springer Publishing Company, 2014.

RUTJES, A. W. S.; REITSMA, J. B.; COOMARASAMY, A.; KHAN, K. S.; BOSSUYT, P. M. Evaluation of diagnostic tests when there is no gold standard: a review of methods. **Health Technol Assess.**, v. 11, n. 50, p. 9-51, 2007.

SANTOS, M. V. S.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V.; RODRIGUES, D. P.; MARCHIORI, G. R. S.; GUERRA, J. V. V. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 2, e20170033, 2017.

SANTOS, R. M. A.; LINHARES, F. M. P.; MORAIS, S. C. R. V.; GUEDES, T. G.; GUIMARÃES, M. L. Nursing Diagnoses of incarcerated mothers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018a.

SANTOS, W. P.; FREITAS, F. B. D.; LIMA, G. M. B.; NETO, A. P. F. Perfil de mulheres sob privação de liberdade: aspectos sociodemográficos, ocupacionais e criminais. **Revista de ciências da saúde Nova esperança**, v. 16, n. 1, 2018b.

SBARDELLOTO, G.; SCHAEFER, L. S.; JUSTO, A. R.; KRISTENSEN, C. H. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-USF**, v. 16, n. 1, p. 67-73, 2011.

SCHWINGSHACKL, L.; CHAIMANI, A.; SCHWEDHELM, C.; TOLEDO, E.; PÜNSCH, M.; HOFFMANN, G.; et al. Comparative effects of different dietary approaches on blood pressure in hypertensive and pre-hypertensive patients: A systematic review and network meta-analysis. **Crit Rev Food Sci Nutr**, v. 59, n. 16, p. 674-2687, 2019.

SCOTT, J. B.; PROLA, C. A.; SIQUEIRA, A. C.; PEREIRA, C. R. R. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. rev**, v. 24, n. 2, p. 600-615, 2018.

SHAHOU, J. S.; SANVICTORES, T.; AEDDULA, N. R. **Physiology, Arterial Pressure Regulation**. [Updated 2022 Aug 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538509/>. Acesso em: 11 set. 2023.

SHEPPARD, N.; HOGAN, L. Prevalence of insomnia and poor sleep quality in the prison population: A systematic review. **J Sleep Res**, v. 31, n. 6, e13677, 2022.

SHI, D.; LI, J.; WANG, Y.; WANG, S.; LIU, K.; SHI, R.; et al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. **Intern Emerg Med**, v. 12, n. 6, p. 765-76, 2017.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 50-8, 2016.

SILVA, E. C.; MARTINS, M. S. A. S.; LENIR VAZ GUIMARÃES, L. V.; SEGRI, N. J.; LOPES, M. A. L.; ESPINOSA, M. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016.

SILVA, G. P., MORAIS, S. C. R. V.; FRAZÃO, C. M. F. Q.; LOPES, C. T.; MANGUEIRA, S. O.; LINHARES, F. M. P. Fatores de risco cardiovascular em pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, e20190357, 2020a.

SILVA, R. C.; VIEIRA, F.; SUZUKI, K.; CVALCANTE, A. M. R. Z. Intervenções educativas na melhora da qualidade de vida de hipertensos: revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.**, v. 29, e20180399, 2020b.

SILVA, A. Z.; MOTA, R. M. S.; MACENA, R. H. M.; PIRES NETO, J. R.; FERREIRA, M. J.; ARAÚJO, P. F.; et al. Prevalence of hypertension and associated factors in female prison correctional officers in a national sample in Brazil. **J. Occup. Health**, v. 62, n. 1, e12163-e12163, 2020.

SILVA, G. P.; LOPES, M. V. D. O.; PERRELLI, J. G. A.; GUEDES, T. G.; LOPES, C. T.; MANGUEIRA, S. D. O.; LINHARES, F. M. P. Risk for impaired cardiovascular function nursing diagnosis: Content analysis to evaluate women in jail. **Int j nurs knowl**, v. 32, n. 3, p. 185-191, 2021.

SILVA, C. G.; ARAÚJO, S. S.; MORAIS, S. C. R. V.; FRAZÃO, C. M. F. Q. Impaired knowledge in individuals with heart failure: a middle range nursing theory. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 2, e20200855, 2022.

SILVA, P. N.; KENDALL, C.; SILVA, A. Z.; MOTA, R. M. S.; ARAÚJO, L. F.; NETO, R. J. P.; et al. [Hypertension in female prisoners in Brazil: far beyond the biological aspects] **Ciênc. Saúde Colet**, v. 28, n. 1, p. 37-48, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010.

SOUZA, C.; MOREIRA, V. Tristeza, depressão e suicídio melancólico: a relação com o Outro. **Arq. bras. psicol**, v. 70, n. 2, p. 173-185, 2018.

SOUSA, M. G. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Rev Bras Hipertens**, v. 22, n. 3, p. 78-83, 2015.

SOUZA, M. C. R. F.; NONATO, E. M. N.; FONSECA, M. C. F. R. Cenários da Educação de mulheres jovens e adultas em situação de privação de liberdade no contexto brasileiro. **Ensaio: aval. pol. públ. educ**, v. 28, n. 108, p. 811-832, 2020.

VERA-REMARTÍNEZ, E. J.; MONGE, R. L.; CHINESTA, S. G.; RODRÍGUEZ, D. S.-A.; RAMOS, M. V. P. Cardiovascular risk factors in young adults in a penitentiary center. **Rev Esp Salud Pública.**, v. 92, e201807037-e201807037, 2018.

VIGNOLA, R. C.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **J Affect Disord**, v. 155, p.104-9, 2014.

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

WANGMO, T.; HANDTKE, V.; BRETSCHEIDER, W.; ELGER, B. S. Improving the Health of Older Prisoners: Nutrition and Exercise in Correctional Institutions. **J Correct Health Care**, v. 24, n. 4, p. 352-364, 2018.

WHELTON, P. K.; CAREY, R. M.; MANCIA, G.; KREUTZ, R.; BUNDY, J. D.; WILLIAMS, B. 2022 Harmonization of the American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology/European Society of Hypertension Blood Pressure/Hypertension Guidelines: Comparisons, Reflections, and Recommendations. **Circulation**, v. 146, n. 11, p. 868-877, 2022.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILLIAMS, B.; MANCIA, G.; SPIERING, W.; ROSEI, E. A.; AZIZI, M.; BURNIER, M.; et al. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. **J Hypertens**, v. 36, n. 10, p. 1953-2041, 2018.

WILDEMAN, C.; LEE, H.; COMFORT, M. A New Vulnerable Population? The Health of Female Partners of Men Recently Released from Prison. **Womens Health Issues**, v. 23, n. 6, e335–e340, 2013.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care / Thomas F. Babor ... [et al.], 2nd ed. World Health Organization, 2001.

YI, S. K. M.; STEYVERS, M.; LEE, M. D.; DRY, M. J. The Wisdom of the Crowd in Combinatorial Problems. **Cognitive Science**, v. 36, n. 3, p. 452-470, 2012.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361 -370, 1983.

APÊNDICE A – PROTOCOLO REVISÃO INTEGRATIVA



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



Tema da revisão: Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade: revisão integrativa

Referencial metodológico: Whittemore e Knafl (2005): 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) busca na literatura; 3) avaliação dos dados – foco na qualidade; 4) análise dos dados – divisão, exposição e comparação; 5) apresentação dos resultados.

Objetivo: Identificar na literatura os atributos essenciais do Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade, bem como os antecedentes clínicos desse fenômeno, suas respectivas definições conceituais e operacionais e as relações causais entre os atributos essenciais e os antecedentes clínicos.

Questão norteadora: Quais os atributos essenciais do Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade, bem como os antecedentes clínicos desse fenômeno, suas respectivas definições conceituais e operacionais e as relações causais entre os atributos essenciais e os antecedentes clínicos? (Construída conforme a estratégia PICO, em que o P representa a população: mulheres privadas de liberdade; o I, o interesse do estudo: os atributos essenciais do risco de pressão arterial instável, os antecedentes clínicos desse fenômeno, suas respectivas definições conceituais e operacionais e as relações causais entre os atributos essenciais e os antecedentes clínicos; Co- contexto: privação de liberdade).

Descritores:

Descritores DeCS	Correspondentes MeSH
Pressão arterial	<i>Arterial pressure</i>
Hipertensão	<i>Hypertension</i>
Prisões	<i>Prisons</i>
Fatores de risco	<i>Risk factors</i>
Mulheres	<i>Women</i>

Bases de dados: Scopus, CINAHL, Medline/Pubmed, Web os Science, Embase, Science direct, Cochrane e LILACS.

Estratégias de busca:

- "arterial pressure" AND "prisons" OR "prisoners" AND "risk factors" AND "women" para as bases Scopus, CINAHL, Medline/Pubmed, Webofscience, Embase, Science direct e Cochrane
- Hipertensão AND mulheres AND prisões para a LILACS (Mais os cruzamentos desses mesmos descritores correspondentes em inglês e espanhol)
- Pressão arterial AND mulheres AND prisões para a LILACS (Mais os cruzamentos desses mesmos descritores correspondentes em inglês e espanhol)

Crítérios de inclusão:

- Estudos completos disponíveis na íntegra
- Estudos que abordem a temática Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade

Crítérios de exclusão:

- Editoriais de jornais, resumos e cartas ao leitor;

Extração dos dados:

- Instrumento validado por Chaves, 2008.

Seleção dos estudos:

- Com auxílio dos softwares Endnote web (remoção de duplicados) e Ryyan (seleção inicial por leitura de título e resumo de cada artigo)

Classificação do nível de evidência dos estudos:

- Classificação do *Joanna Briggs Institute* (2013)

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA



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



Identificação do artigo:

- Título do artigo:
- Autor (es):
- Revista, volume, número, páginas e ano:
- Idioma:
- País de publicação:
- Área de publicação:
- Nível de evidência conforme *Joanna Briggs Institute* (2013)

Características metodológicas:

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

- Análise de dados:
- Conclusões do estudo:

Dados referentes ao Diagnóstico de Enfermagem “Risco de pressão arterial instável”:

- Atributos essenciais:
- Antecedentes clínicos
- Definições conceituais e operacionais:
- Relações causais entre os conceitos:

Observações:

APÊNDICE C – CARTA-CONVITE AOS JUÍZES

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



Prezado (a),

Sou Gabrielle Pessôa da Silva, enfermeira e doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Evidências de validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável 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 Mangureira.

Vimos por meio desta, solicitar a sua colaboração como especialista em linguagem diagnóstica e/ou cardiologia, a qual envolverá a apreciação e o julgamento sobre qual título e definição conceitual do diagnóstico estudado são mais adequados, bem como quanto à relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco. 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 diagnóstico 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 a sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente, Gabrielle Pessôa da Silva.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS JUÍZES



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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“Evidências de validade do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Gabrielle Pessoa da Silva, endereço: Av Prof. Moraes Rego, 844-900, CEP:50670-901, telefone: (81) 21263661 (inclusive ligações a cobrar); e-mail: pessoa.gabrielle@hotmail.com, sob a orientação de: Prof^a Dr^a Francisca Márcia Pereira Linhares, telefone: (81) 21263661, e-mail: marciapl27@gmail.com e coorientação da Prof^a. Dr^a. Suzana de Oliveira Manguieira e-mail: suzanaom@hotmail.com, telefone: (81) 21263661.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem o objetivo de **analisar as evidências de validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade**. Sua participação se dará por meio de avaliação de instrumento construído pelas pesquisadoras. Nesse instrumento, você deverá realizar o julgamento sobre qual título e definição conceitual

do diagnóstico estudado são mais adequados, bem como quanto à relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco. 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, podendo esse ser prorrogado por igual período. Ressalta-se também o risco de perda de dados e/ou documentos, extravio de informações e violação da confidencialidade da pesquisa devido ao armazenamento dos dados em ambiente virtual como as “nuvens”. Para minimizar esse risco, os arquivos da pesquisa serão acessados exclusivamente pela pesquisadora e orientadoras e, após a finalização do estudo, será feito o *download* desses arquivos, que serão apagados da “nuvem” e ficarão armazenados em pen drives e impressos.

Em relação aos benefícios diretos do estudo, destaca-se que para os juízes, a validade de conteúdo do DE Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade permitirá a atualização da taxonomia da NANDA-I e o incremento dos componentes do diagnóstico em questão, renovando a literatura científica sobre a temática. Como benefícios indiretos, destaca-se para os enfermeiros atuantes nas unidades prisionais femininas, a possibilidade de uma maior 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 da instabilidade de pressão arterial nas mulheres privadas de liberdade.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e 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 orientadoras, 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, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Evidências de validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em 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 (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

() Aceito Participar da pesquisa () Não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM OS JUÍZES

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Prezado (a),

Este trabalho intitula-se “Evidências de validade do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade” e consiste em uma Tese de Doutorado.

Na primeira etapa do estudo, construiu-se uma Teoria de Médio Alcance que permitiu estabelecer a estrutura diagnóstica do Risco de pressão arterial instável (título, definição, fatores de risco, condições associadas e populações em risco). Nesta segunda etapa, busca-se analisar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade, segundo os juízes. 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 juiz

2. Evidências de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade

Solicitamos que você analise a adequação do título e da definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável, bem como a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco.

Fator de risco: são antecedentes que aumentam a suscetibilidade de um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade a uma resposta humana indesejável. Esses fatores são passíveis de modificação pelos enfermeiros de forma independente.

Condições associadas: estão relacionadas a diagnósticos médicos, procedimentos diagnósticos/cirúrgicos, dispositivos médicos/cirúrgicos ou preparações farmacêuticas; não são modificáveis pelos enfermeiros de forma independente.

Populações em risco: são grupos de indivíduos que compartilham características sociodemográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento, exposição a determinados eventos/experiências que levam cada membro a ser suscetível a 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 teoria de médio alcance.

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

Adequação: o termo adequado significa apropriado/correto em relação à literatura científica e prática clínica.

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

Após a leitura criteriosa de cada definição, solicitamos que você marque o título e a definição conceitual que você considera mais adequada ao diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável. Após, avalie a relevância de cada fator de risco, condição associada e população em risco. Para cada critério relacionado à relevância, você deverá assinalar uma das opções: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo parcialmente; 3 – Indiferente; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo totalmente. Utilize as definições conceituais e operacionais como subsídio para avaliar os referidos itens quanto à relevância. Ao discordar de alguma definição apresentada, você pode propor modificações no campo de sugestões.

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 do estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição. Solicitamos que responda o instrumento em um prazo de 20 dias via e-mail. Uma via do TCLE será encaminhada para seu e-mail cadastrado.

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

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

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

Coorientadora: Suzana de Oliveira Manguiera (suzanaom@hotmail.com)

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO JUIZ

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 e 3):

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 _____ g.

Não desenvolveu

2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a)/coorientador (a), estudo na temática do *Diagnóstico de Enfermagem Risco de Pressão arterial instável* na forma de:

a. Monografia de graduação b. Monografia de especialização c. Dissertação

d. Tese e. Artigos científicos f. Outros _____

g. Não desenvolveu

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 _____

g. Não desenvolveu

4. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Terminologias de Enfermagem e/ou Cardiologia*? 1. () Sim 2. () Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo?

PARTE 2- EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PRESSÃO ARTERIAL INSTÁVEL EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

A seguir, leia atentamente os itens referentes ao Diagnóstico de Enfermagem Risco pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade.

1. Escolha o **título mais adequado** ao diagnóstico de enfermagem:

Definição do diagnóstico de enfermagem
Título 1 (): Risco de pressão arterial instável (NANDA-I, 2021-2023)
Título 2 (): Risco de padrão pressórico desequilibrado (TMA)
Sugestões:

2. Escolha a **definição conceitual mais adequada** ao diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável:

Definição do diagnóstico de enfermagem
Definição 1 (): Suscetibilidade a forças flutuantes do sangue fluindo através dos vasos arteriais que pode comprometer a saúde (NANDA-I, 2021-2023)
Definição 2 (): Suscetibilidade à elevação ou redução recorrentes da força exercida pelo sangue na parede das artérias, acima ou abaixo dos níveis desejados, o que pode comprometer a saúde (TMA)
Sugestões:

3. Estão elencados os fatores de risco, condições associadas e populações em risco bem como as suas respectivas definições conceituais e operacionais. Você deverá assinalar o parêntese que

julgar pertinente quanto à **relevância** de cada componente. Assinale 1- discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- indiferente; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente. Utilize as definições conceituais e operacionais como subsídio para avaliar os referidos itens quanto à relevância. Ao discordar de alguma definição apresentada, você pode propor modificações no campo de sugestões. Este campo também deverá ser preenchido se você assinalar algum item como 1, 2, 3 e 4 ou se quiser acrescentar outras considerações que julgar pertinentes.

FATORES DE RISCO
<p>1. Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco:</p> <p>Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente</p> <p>Definição conceitual: Pouco ou nenhum conhecimento/entendimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de uma pressão arterial instável (FERREIRA, 2010; BARROSO et al., 2021).</p> <p>Definição operacional: O conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco será avaliado pelo relato verbal do indivíduo após o entrevistador realizar o seguinte questionamento: quais fatores que você conhece aumentam o risco de desenvolvimento de uma pressão arterial instável (elevada ou diminuída)?</p> <p>Cada fator de risco que o indivíduo responder e acertar receberá a nota 1, conforme os fatores de risco pré-estabelecidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco (1) Excesso de peso corporal (sobrepeso e obesidade) (1) Sedentarismo (1) Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica (1) Tabagismo (1) Dislipidemia (1) Uso nocivo de substâncias ilícitas (1) Uso nocivo de álcool (1) Ansiedade (1) Estresse (1) Insônia (1) Síndrome metabólica (1) Diabetes (1) Transtorno de Estresse Pós-Traumático (1) Doença cardiovascular (1) Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial (1) Pessoas em vulnerabilidade social (1) Mulheres (1) Pessoas com idade maior que 30 anos <p>Será considerado que o conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco está presente quando a pessoa tiver um escore menor que 10 pontos.</p> <p>Sugestões:</p>
<p>2. Excesso de peso corporal</p> <p>Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente</p>

Definição conceitual: Excesso de peso devido ao acúmulo de gordura corporal resultante de um desequilíbrio energético prolongado, o qual pode ser ocasionado por um excessivo consumo de calorias e/ou inatividade física (WHO, 1998).

Definição operacional: Para avaliar este fator, o examinador deverá realizar pesagem e medição da mulher com balança calibrada e estadiômetro íntegro e, após, deverá calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), a partir da fórmula peso (kg)/altura (m)² (WHO, 1998). Quando o resultado estiver entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m² a mulher será considerada com sobrepeso e quando for maior ou igual a 30 kg/m², será considerada com obesidade. Ao pesar a mulher, o examinador deverá certificar-se de que a mesma está descalça, com roupas leves e peso distribuído em ambos os pés. Para medir a altura, o examinador deve colocar a mulher 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, as panturrilhas e os calcanhares deverão estar em contato com o estadiômetro para que então a leitura seja realizada (BRASIL, 2011c).

Sugestões:

3. Sedentarismo

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Ausência de atividade física caracterizada por qualquer comportamento com baixo gasto de energia (1,5 METS ou menos) quando a pessoa está sentada, reclinada ou deitada (WHO, 2020).

Definição operacional: O item será avaliado por meio do relato verbal da mulher de ausência de realização de, pelo menos, 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica moderada a vigorosa por semana, considerando o último mês. A intensidade moderada será considerada quando, em uma escala relativa à capacidade pessoal, a mulher der uma nota entre 5 e 6 considerando uma escala de 0-10 (WHO, 2020).

Sugestões:

4. Alimentação hipercalórica e/ou hipersódica:

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Alimentação com as seguintes características: excesso de calorias (mais de, em média, 2000 calorias por dia); excesso de sal (mais de 5 g de sal por dia, o equivalente a mais de uma colher rasa de chá); consumo frequente (maioria dos dias da semana) de alimentos industrializados e ultraprocessados; consumo exagerado de alimentos, especialmente carboidratos e gorduras; e consumo frequente (maioria dos dias da semana) de alimentos fora dos horários habituais de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches) (BRASIL, 2013).

Definição operacional: Esse fator será avaliado por meio do relato verbal após inquérito alimentar, considerando a alimentação no último mês, no qual será considerado o consumo de alimentos ricos em sódio, carboidratos e gorduras, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Os seguintes itens serão avaliados, sendo que cada um deles terá uma pontuação de 1 quando em concordância com o relato da entrevistada, a qual servirá para calcular um escore final:

(1 ponto) Coloca mais sal nos alimentos quando estão servidos no prato.

(1 ponto) Come algum dos alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas (por ex. charque), hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana.

(1 ponto) Come algum dos alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados numa frequência de quatro a cinco vezes ou mais por semana.

(1 ponto) Come frequentemente fora do horário habitual de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches).

(1 ponto) Exagera na quantidade de alimentos colocados no prato, especialmente, carboidratos e gorduras.

Ao final do inquérito, será considerado que o fator está presente se a mulher somar dois ou mais pontos no total.

Sugestões:

5. Tabagismo

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Consumo de cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cujo princípio ativo é a nicotina, que pode comprometer a saúde (INCA, 2007).

Definição operacional: O tabagismo estará presente quando a mulher relatar que fumou mais de 100 cigarros, ou cinco maços de cigarros, em toda a sua vida. Será classificada como tabagista atual aquela que afirmar que continua fumando atualmente, e ex-tabagista a mulher que afirmar ter parado de fumar no momento da entrevista (CDC, 2017).

Sugestões:

6. Ansiedade

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, que promove tensão, desconforto e preocupação. Esse sentimento funciona como um mecanismo de defesa, pois ocorre em situações em que é necessária a antecipação do perigo, daquilo que é desconhecido ou estranho (CASTILLO et al., 2000).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), que foi desenvolvida em 1983 (ZIGMOND; SNAITH, 1983) e validada no Brasil em 1995 (BOTEGA et al., 1995). A referida escala é constituída por sete itens voltados para avaliação da ansiedade e sete para avaliação da depressão. O entrevistador deverá ler em voz alta as questões referentes à ansiedade e assinalar a resposta que a mulher indicar, solicitando que a mesma se baseie em como se sentiu na última semana. Ao final, será calculado o escore final, que se for maior ou igual a 12, será considerado que a ansiedade está presente (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Sugestões:

7. Estresse

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Reação do organismo que ocorre mediante a vivência de situações perigosas e ameaçadoras e está relacionada a respostas físicas, psicológicas, mentais e hormonais (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

Definição operacional: O item será avaliado por meio da aplicação da Escala de Estresse Percebido em sua versão reduzida (PSS-10), a qual foi desenvolvida em 1983 (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983) e validada no Brasil em 2007. A referida escala é formada por dez itens em sua versão reduzida e mede o grau com que as pessoas percebem as situações como estressantes (LUFT et al., 2007). O entrevistador lerá os itens em voz alta e deverá assinalar a alternativa escolhida pela mulher baseando-se nos seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Ao final, será calculado o escore total (pode variar de 0 a 40), sendo que, para esse estudo, será considerado que o fator está presente para as mulheres que apresentarem um escore de 20 ou mais pontos.

Sugestões:

8. Uso nocivo de substâncias ilícitas

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Padrão de uso de qualquer substância psicoativa cuja produção, venda ou uso é proibida por lei e pode gerar problemas sociais, legais, ocupacionais, financeiros ou de saúde ou que tem o potencial para criar tais problemas se houver persistência do uso dessa substância (HUMENIUK et al., 2020).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio 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. 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 aqueles 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 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) (ALI et al., 2002). O fator estará presente para as mulheres com pontuações entre 4 e 26 (uso nocivo de substâncias).

Sugestões:

9. Uso nocivo de álcool

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Padrão de consumo de álcool que promove danos à saúde física e mental e às relações sociais e interpessoais (WHO, 2001).

Definição operacional: O fator será avaliado por meio 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. O entrevistador deverá aplicar o ASSIST e, ao final da entrevista, calcular a pontuação total dos itens 2 a 7, em relação ao uso de álcool. Indivíduos com pontuações até 10 são considerados usuários de baixo risco, os quais são aqueles que, embora usem álcool ocasionalmente, ainda não apresentam problemas relacionados a esse uso. Pessoas com pontuações entre 11 e 26 podem fazer uso nocivo de álcool e apresentam risco moderado de desenvolvimento de problemas devido a esse uso. Pessoas

com pontuações de 27 ou mais apresentam alto risco de dependência da substância investigada (ALI et al., 2002). O fator estará presente para as mulheres com pontuações entre 11 e 26 (uso nocivo de álcool).

Sugestões:

10. Insônia

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Incapacidade de dormir que pode estar relacionada à dificuldade em iniciar ou manter o sono durante toda a noite e ao despertar precoce, o que promove uma má qualidade do sono e comprometimento do desempenho nas atividades diurnas (NEVES et al., 2013).

Definição operacional: O item será avaliado pelo relato verbal de incapacidade de dormir, sendo considerado que o fator está presente nos casos em que a mulher relatar dificuldade para iniciar ou manter o sono durante toda a noite ou despertar precoce, no último mês (NEVES et al., 2013).

Sugestões:

CONDIÇÕES ASSOCIADAS

1. Dislipidemia

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Alterações nos níveis plasmáticos de lipídeos que podem comprometer a saúde (FALUDI et al., 2017).

Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de dislipidemia em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu dislipidemia diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida, ou quando houver registro de algum dos seguintes exames laboratoriais em seu prontuário: colesterol LDL ≥ 160 mg/dL ou triglicérides ≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum, ou colesterol HDL < 50 mg/dL (FALUDI et al., 2017).

Sugestões:

2. Diabetes

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Distúrbio metabólico em que ocorre hiperglicemia persistente, que pode ser devido à deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos (GOLBERT et al., 2019).

Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de diabetes em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu diabetes diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida ou quando houver dois registros de algum dos seguintes exames laboratoriais em seu prontuário: 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 $\geq 6,5\%$ (GOLBERT et al., 2019).

Sugestões:

3. Síndrome metabólica

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Síndrome complexa caracterizada por um conjunto de fatores de risco cardiovascular relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina (BRASIL, 2005).

Definição operacional: O item estará presente quando houver relato atual ou de histórico de síndrome metabólica em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu síndrome metabólica em algum momento de sua vida ou quando houver registro em seu prontuário da presença combinada de, pelo menos, três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida por meio de circunferência abdominal > 88 cm, triglicérides > ou = a 150 mg/dl, colesterol HDL < 50 mg/dl, pressão arterial > ou = 130 mmHg e > ou = a 85 mmHg, glicemia de jejum > ou = a 110 mg/dl (BRASIL, 2005).

Sugestões:

4. Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Transtorno que ocorre após a exposição a um evento traumático, representado por sintomas persistentes de revivência, evitação e entorpecimento com excitabilidade aumentada. O evento traumático refere-se a uma situação de estresse que foi vivenciada ou testemunhada, na qual houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela. Frente a essa situação, a pessoa reage com medo e tenta evitar lembrar a experiência (SBARDELLOTO et al., 2011).

Definição operacional: O fator estará presente quando houver relato atual ou de histórico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em prontuário médico ou a mulher declarar que possui/possuiu Transtorno de Estresse Pós-Traumático diagnosticado por um médico em algum momento de sua vida (SBARDELLOTO et al., 2011).

Sugestões:

5. Doença Cardiovascular

Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente

Definição conceitual: Grupo de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos, a saber: doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares (PRÉCOMA et al., 2019).

Definição operacional: O item será avaliado pelo relato atual ou de histórico de alguma doença cardiovascular (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares). Tal relato ocorre por meio de: prontuário médico ou pela declaração da mulher de que possui/possuiu doença cardiovascular (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares) diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida (PRÉCOMA et al., 2019).

Sugestões:

POPULAÇÕES EM RISCO
<p style="text-align: center;">1. Pessoas com histórico familiar de hipertensão arterial</p> <p>Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente</p> <p>Definição conceitual: Pessoas que apresentam familiares (parentes de primeiro grau — pai, mãe e filhos) com histórico de hipertensão arterial (PRÉCOMA et al., 2019; BARROSO et al., 2021).</p> <p>Definição operacional: O fator estará presente quando houver relato verbal da mulher de histórico de hipertensão arterial em parentes de primeiro grau (pai, mãe e filhos) (PRÉCOMA et al., 2019; BARROSO et al., 2021).</p> <p>Sugestões:</p>
<p style="text-align: center;">2. Pessoas em vulnerabilidade social</p> <p>Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente</p> <p>Definição conceitual: Grupos de pessoas que estão à margem da sociedade, vivendo em isolamento social, em condições de violência, minorias étnicas (negros e pardos), pessoas com baixo nível socioeconômico e de educação e acesso precário a serviços de saúde (SCOTT et al., 2018).</p> <p>Definição operacional: O fator estará presente quando houver relato verbal da mulher de viver ou ter vivido em isolamento social, em condições de violência, se considerar uma minoria étnica vulneráveis (autodeclarar-se negra ou parda), possuir baixo nível socioeconômico e de educação e referir acesso precário a serviços de saúde (SCOTT et al., 2018).</p> <p>Sugestões:</p>
<p style="text-align: center;">3. Mulheres</p> <p>Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente</p> <p>Definição conceitual: Pessoa do sexo biológico feminino (FERREIRA, 2010).</p> <p>Definição operacional: O fator será avaliado por meio do reconhecimento do entrevistador do sexo biológico feminino, por visualização de características físicas, bem como de questionamento sobre qual o sexo biológico.</p> <p>Sugestões:</p>
<p style="text-align: center;">4. Pessoas com idade maior que 30 anos</p> <p>Relevância- 1() Discordo totalmente 2() Discordo parcialmente; 3() Indiferente; 4() Concordo parcialmente; 5() Concordo totalmente</p> <p>Definição conceitual: Pessoas que apresentam idade maior de 30 anos contada a partir da data de nascimento (FERREIRA, 2010).</p> <p>Definição operacional: O fator estará presente quando o entrevistador perguntar a mulher sobre sua idade e essa responder que possui idade acima de 30 anos. O entrevistador deverá também confirmar a idade por meio da data de nascimento da mulher (FERREIRA, 2010).</p>

Sugestões:

**APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM AS MULHERES
PRIVADAS DE LIBERDADE**

Data:	
Número do instrumento:	Caso () Controle ()
Dados sociodemográficos e clínicos	
1. Nome:	
2. Tempo de reclusão:	
3. Idade (anos completos):	
4. Data de nascimento:	
5. Estado civil: 1 () solteira 2 () casada 3 () união estável 4 () viúva 5 () divorciada 6 () outro _____	
6. Cor/raça: 1 () branca 2 () negra 3 () parda 4 () outra _____	
7. Anos de estudo:	
8. Ocupação:	
9. Renda familiar – salário mínimo (SM): 1 () menor que 1 SM (<1320,00) 2 () entre 1 e 2 SM 3 () maior que 2 e menor que 4 SM 4 () maior que 4 SM	
10. Religião: 1 () católica 2 () evangélica 3 () espírita 4 () sem religião 5 () outras _____	
11. Dia 1: PA braço direito: _____ PA braço esquerdo: _____ Braço de referência (maior valor de PA): Direito () Esquerdo () PA 3 (em pé): _____ Média das duas maiores pressões registradas no dia 1: _____	
12. Dia 2 (__/__/__): PA 1 sentada: _____ PA 2 sentada: _____ PA 3 em pé: _____ Média das duas últimas pressões registradas no dia 2: _____	
13. Pressão arterial para alocação nos grupos caso e controle (Média dias 1 e 2): _____	
Fatores de risco/condições associadas/populações em risco do Risco de pressão arterial instável	
14. Conhecimento insuficiente dos fatores de risco: 1 () presente 2 () ausente	
Quais fatores que você conhece aumentam o risco de desenvolvimento de uma pressão arterial instável (elevada ou reduzida)?	
(1) Conhecimento insuficiente dos fatores de risco (2) Excesso de peso corporal (sobrepeso e/ou obesidade), (3) Sedentarismo, (3) Alimentação hipercalórica, (3) Alimentação hipersódica, (3) Tabagismo, (2) Dislipidemia (3) Uso nocivo de substâncias ilícitas, (3) Uso nocivo de álcool, (3) Ansiedade, (3) Estresse, (2) Insônia, (3) Síndrome metabólica, (2) Diabetes, (3) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, (2) Doença cardiovascular, (1) Indivíduos com histórico familiar de hipertensão arterial, (1) Indivíduos em vulnerabilidade social, (1) Mulheres (sexo biológico feminino), (1) Indivíduos com idade maior que 30 anos.	
Pontuação final: _____	

15. Excesso de peso corporal: 1 () presente 2 () ausentePeso _____ Altura _____ IMC (peso/altura²) _____

Circunferência de cintura _____

16. Sedentarismo: 1 () presente 2 () ausente

Realiza alguma atividade física (considere último mês)? 1 () sim 2 () não

Quantas vezes na semana você realiza atividade física, considerando o último mês?

Por quanto tempo? _____

Numa escala de 0-10, qual nota você daria para a intensidade dessa atividade física? _____

17. Alimentação hipercalórica: 1 () presente 2 () ausente

Considerando a sua alimentação no último mês, responda: () Come algum dos alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas (ex.: charque), hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos (sazon, knnor) numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana.

() Come algum dos alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana.

() Come frequentemente fora do horário habitual de fornecimento das refeições (três refeições principais e três lanches).

() Exagera na quantidade de alimentos colocados no prato, especialmente carboidratos e gorduras.

Pontuação final _____

18. Alimentação hipersódica: 1 () presente 2 () ausente

Considerando a sua alimentação no último mês, responda: () coloca mais sal nos alimentos quando estão servidos no prato.

() come algum dos alimentos: salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas (ex.: charque), hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça), conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos (sazon, knnor), refrigerantes e sucos industrializados numa frequência de 4 a 5 vezes ou mais por semana.

19. Tabagismo: 1 () presente 2 () ausente

Você fuma ou já fumou, ao longo de sua vida? 1 () sim 2 () não

Parou de fumar? 1 () sim 2 () não 3 () não se aplica

Tipo de cigarro que fuma/fumou: _____

Fuma/fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida 1 () sim 2 () não

20. Ansiedade: 1 () presente 2 () ausenteLeia as afirmativas abaixo e responda considerando a semana passada:

1. *Minha boca ficou seca* (0) não se aplicou nada a mim (1) aplicou-se a mim algumas vezes (2) aplicou-se a mim muitas vezes (3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes
2. *Em alguns momentos tive dificuldade de respirar (chiado e falta de ar sem esforço físico)* (0) não se aplicou nada a mim (1) aplicou-se a mim algumas vezes (2) aplicou-se a mim muitas vezes (3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes
3. *Tive tremedeira (por exemplo, nas mãos)* (0) não se aplicou nada a mim (1) aplicou-se a mim algumas vezes (2) aplicou-se a mim muitas vezes (3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes
4. *Me preocupei com situações em que poderia entrar em pânico e parecer ridículo(a)* (0) não se aplicou nada a mim (1) aplicou-se a mim algumas vezes (2) aplicou-se a mim muitas vezes (3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes
5. *Eu senti que ia entrar em pânico* (0) não se aplicou nada a mim (1) aplicou-se a mim algumas vezes (2) aplicou-se a mim muitas vezes (3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes
6. *Eu percebi uma mudança nos meus batimentos cardíacos embora não estivesse praticando exercício rigoroso (ex. batimento cardíaco acelerado ou irregular)* (0) não se aplicou nada a mim (1) aplicou-se a mim algumas vezes (2) aplicou-se a mim muitas vezes (3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes
7. *Eu senti medo sem motivo* (0) não se aplicou nada a mim (1) aplicou-se a mim algumas vezes (2) aplicou-se a mim muitas vezes (3) aplicou-se a mim a maior parte das vezes

Pontuação final: _____

21. Estresse: 1 () presente 2 () ausente

Leia as afirmativas abaixo e responda considerando seus sentimentos e pensamentos no último mês:

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente
2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente
3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente
4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente
5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente
6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente
7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente
8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente
9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente

10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? [0] Nunca [1] Quase Nunca [2] Às Vezes [3] Pouco Frequente [4] Muito Frequente

Pontuação final: _____

22. Uso nocivo de substâncias ilícitas e álcool 1 () presente 2 () ausente

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou (não prescritas pelo médico)?

b. bebidas alcoólicas 0. não 3. sim

c. maconha 0. não 3. sim

d. cocaína, crack 0. não 3. sim

e. anfetaminas ou êxtase (bolinha, rebite, MDMA) 0. não 3. sim

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló) 0. não 3. sim

g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos (rivotril, diazepam) 0. não 3. sim

h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto) 0. não 3. sim

i. opióides (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona) 0. não 3. sim

j. outras, _____ 0. não 3. Sim

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? Coloque no parênteses a letra correspondente à substância.

0. () nunca

2. () 1 ou 2 vezes

3. () mensalmente

4. () semanalmente

6. () diariamente ou quase todos os dias

Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir essa substância? Coloque no parênteses a letra correspondente à substância.

0. () nunca

2. () 1 ou 2 vezes

3. () mensalmente

4. () semanalmente

6. () diariamente ou quase todos os dias

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo dessa substância resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro? Coloque no parênteses a letra correspondente à substância.

0. () nunca

2. () 1 ou 2 vezes

3. () mensalmente

4. () semanalmente

6. () diariamente ou quase todos os dias

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso dessa substância você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você? Coloque no parênteses a letra correspondente à substância.
0. () nunca
 2. () 1 ou 2 vezes
 3. () mensalmente
 4. () semanalmente
 6. () diariamente ou quase todos os dias
6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso dessa substância? Coloque no parênteses a letra correspondente à substância.
0. () não, nunca
 6. () sim, nos últimos 3 meses
 3. () sim, mas não nos últimos 3 meses
7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso dessa substância e não conseguiu? Coloque no parênteses a letra correspondente à substância.
0. () não, nunca
 6. () sim, nos últimos 3 meses
 3. () sim, mas não nos últimos 3 meses
8. Alguma vez você já usou drogas por injeção?
- () não, nunca
 () sim, nos últimos 3 meses
 () sim, mas não nos últimos 3 meses

Pontuação final para substâncias ilícitas: _____

Pontuação final para uso de álcool: _____

23. Insônia: 1 () presente 2 () ausente

Com relação a seu sono, responda as seguintes perguntas com base nas duas últimas semanas:

1. Dificuldade em adormecer (0) nenhuma (1) leve (2) moderada (3) grave (4) muito grave
2. Dificuldade em permanecer dormindo (0) nenhuma (1) leve (2) moderada (3) grave (4) muito grave
3. Problemas ao acordar cedo demais (0) nenhuma (1) leve (2) moderada (3) grave (4) muito grave
4. Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o padrão atual de seu sono? (0) muito satisfeito (1) satisfeito (2) indiferente (3) insatisfeito (4) muito insatisfeito
5. Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diurnas, por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/executar atividades diárias, concentração, memória, humor, etc? (0) não interfere (1) interfere um pouco (2) interfere de algum modo (3) interfere muito (4) interfere extremamente
6. Quanto você acha que os outros percebem que o seu problema de sono atrapalha a sua qualidade de vida? (0) não percebem (1) percebem um pouco (2) percebem de algum modo (3) percebem muito (4) percebem extremamente
7. O quanto você está preocupado/estressado com o seu problema de sono? (0) não estou preocupado (1) um pouco preocupado (2) algum modo preocupado (3) muito preocupado (4) extremamente preocupado

Pontuação final: _____

24. Dislipidemia: 1 () presente 2 () ausente

Você possui/possuiu dislipidemia (gordura elevada no sangue) diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida? 1 () sim 2 () não

Você ingere/ingeriu medicações hipolipemiantes (estatinas, ex.: sinvastatina, atorvastatina, etc) prescritas por um médico? 1 () sim 2 () não

Relato em prontuário de dislipidemia ou de algum dos exames: colesterol LDL \geq 160 mg/dL ou triglicérides \geq 150 mg/dL ou triglicérides \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum ou colesterol HDL $<$ 50 mg/dL: 1 () sim 2 () não

25. Diabetes: 1 () presente 2 () ausente

Você possui/possuiu diabetes (açúcar elevado no sangue) diagnosticado por um médico em algum momento de sua vida? 1 () sim 2 () não

Você ingere/ingeriu medicações hipoglicemiantes (glibenclamida, glicazida, metformina, insulina, etc) prescritas por um médico? 1 () sim 2 () não

Relato em prontuário de diabetes ou de **dois registros** de algum dos exames: glicemia de jejum com valor \geq 126 mg/dl ou medição de glicose duas horas após sobrecarga com 75g de glicose \geq 200mg/dl ou medição de glicemia ao acaso com valor \geq 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%: 1 () sim 2 () não

26. Síndrome metabólica: 1 () presente 2 () ausente

Você possui/possuiu síndrome metabólica diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida? 1 () sim 2 () não

Relato em prontuário de síndrome metabólica ou presença combinada de pelo menos três dos seguintes componentes: obesidade abdominal medida por meio de circunferência abdominal $>$ 88 cm, triglicerídeos $>$ ou = a 150 mg/dl, colesterol HDL $<$ 50 mg/dl, pressão arterial sistólica $>$ ou = 130 mmHg e diastólica $>$ ou = a 85 mmHg, glicemia de jejum $>$ ou = a 110 mg/dl: 1 () sim 2 () não

27. Transtorno de estresse pós-traumático: 1 () presente 2 () ausente

Você possui/possuiu transtorno de estresse pós-traumático diagnosticado por um médico em algum momento de sua vida? 1 () sim 2 () não

Relato em prontuário de transtorno de estresse pós-traumático: 1 () sim 2 () não

28. Doença cardiovascular: 1 () presente 2 () ausente

Você possui/possuiu doença cardiovascular (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares) diagnosticada por um médico em algum momento de sua vida? 1 () sim 2 () não

<p>Relato em prontuário de doença cardiovascular (doença arterial coronariana, angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias, cardiopatia congênita, miocardiopatias, valvulopatias, pericardiopatias, doenças da aorta e doenças vasculares): 1 () sim 2 () não</p>
<p>29. Indivíduos com histórico familiar de hipertensão arterial: 1 () presente 2 () ausente</p> <p>Você tem parentes de primeiro grau (pai, mãe e filhos) com histórico de hipertensão arterial? 1 () sim 2 () não</p>
<p>30. Indivíduos em vulnerabilidade social: 1 () presente 2 () ausente</p> <p>Você vive/viveu em isolamento social, em condições de violência? 1 () sim 2 () não Possui baixo nível socioeconômico e de educação e tem acesso precário a serviços de saúde? 1 () sim 2 () não</p>
<p>31. Sexo feminino: 1 () presente 2 () ausente</p> <p>Qual seu sexo biológico (desde o nascimento): 1 () feminino 2 () masculino</p>
<p>32. Indivíduos com idade maior que 30 anos: 1 () presente 2 () ausente</p> <p>Você tem mais de 30 anos? 1 () sim 2 () não</p>

APÊNDICE G - PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO PARA A COLETA DE DADOS COM AS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO PARA A COLETA DE DADOS COM AS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

1. OBJETIVO

Contribuir para a padronização da coleta de dados sobre os fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial desequilibrada em mulheres privadas de liberdade.

2. RECURSOS MATERIAIS

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (2 vias para cada mulher entrevistada).
- Instrumento de coleta de dados.
- Prancheta, almofada para impressão digital, canetas.
- Materiais para verificação da pressão arterial e medidas antropométricas: estetoscópio, tensiômetro, fita métrica, balança e estadiômetro.
- Máscara descartável e álcool a 70%.

3. ATIVIDADES PRÉVIAS À COLETA DE DADOS

- Chegar na Colônia Penal Feminina do Recife (CPFR) com antecedência de 15 minutos do horário de início da coleta de dados.
- Ir à CPFR com roupa composta (blusa com manga curta de qualquer cor, exceto branco, calça comprida), evitar o uso de adornos.
- Ao apresentar-se na CPFR, mostrar documento de identificação com foto (RG ou CNH) e comprovante vacinal da COVID-19.
- Utilizar máscara que cubra nariz e boca para entrar na CPFR e durante toda a coleta de dados.
- Obedecer ao distanciamento social preconizado na unidade prisional para garantir o atendimento aos protocolos sanitários vigentes de prevenção da disseminação do coronavírus.

- Na portaria da CPFR informar que é aluna do curso de graduação em enfermagem da UFPE participante da pesquisa da saúde da Prof^a Márcia e Gabrielle.

4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

- Primeiramente as entrevistadoras devem atentar-se aos critérios de elegibilidade para inclusão da mulher na pesquisa, a saber:
 - Critério de inclusão: estar em privação de liberdade há pelo menos seis meses.
 - Critério de exclusão: gestantes e mulheres que apresentarem risco à integridade física das pesquisadoras, conforme avaliação dos agentes penitenciários.
- Inicialmente as mulheres privadas de liberdade serão convidadas a participarem da pesquisa, sendo informadas sobre seus benefícios, procedimento de coleta de dados, possíveis riscos e formas de minimizá-los, bem como sobre o tempo da entrevista (em torno de 30 minutos).
- Caso a mulher aceite participar da pesquisa, ela será direcionada ao consultório de enfermagem da unidade de saúde prisional, para que seja conduzida a entrevista de forma sigilosa e em ambiente reservado e silencioso. Será ofertado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que assinem em duas vias. Uma via ficará com a mulher e a outra com a pesquisadora.

5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- O instrumento de coleta de dados é dividido em duas partes. A primeira contempla dados sociodemográficos e clínicos para caracterização das mulheres privadas de liberdade. A segunda parte possui os fatores de risco, condições associadas e populações em risco do DE Risco de pressão arterial desequilibrada.
- Para os subitens do instrumento, serão fornecidas algumas explicações a seguir. Em caso de dúvidas durante a entrevista, esse material deverá ser consultado.
 - No item **idade**, anote a resposta da mulher em anos completos.
 - No item **estado civil**, caso a mulher responda o campo “outro”, registre por escrito qual o outro estado civil que a mulher referiu.

- O tópico **cor/raça** deve ser autodeclarado. Assim, pergunte a mulher qual cor ela se denomina e, caso ela responda o campo “outro”, registre por escrito qual a outra cor/raça que a mulher referiu.
- No tópico **anos de estudo**, registre considerando a partir da primeira série. Caso a mulher tenha o ensino fundamental completo, terá oito anos de estudo. Caso tenha o ensino médio completo, a mulher terá 11 anos de estudo. Se você tiver dificuldade em calcular o número de anos no momento da entrevista, anote até que série/ano a mulher estudou e depois faça os cálculos do número de anos estudados.
- No tópico **ocupação**, especifique a ocupação atual da mulher. Se a mulher não tiver ocupação coloque: inativa atualmente.
- No tópico **renda familiar**, pergunte à mulher considerando a somatória das rendas dos componentes da casa (em salários mínimos) que a mulher morava antes de estar presa. Considerar o valor do salário mínimo de R\$ 1320,00 (vigente em 2023). Se você tiver dificuldade em calcular o número de salários no momento da entrevista, anote o valor que a mulher referir e depois faça os cálculos do número de salários mínimos.
- No campo **religião**, se marcar a opção “outras”, especifique qual é a religião.
- Nos itens referentes à **Pressão Arterial (PA)**, você fará o registro somente **ao término do formulário de coleta**, momento em que deverá verificar a PA da mulher.
- Para o item **conhecimento insuficiente dos fatores de risco**, você deverá questionar à mulher: Quais fatores que você conhece aumentam o risco de desenvolvimento de uma pressão arterial instável (elevada/reduzida ou alta/baixa)? marque somente os fatores que a mulher afirmar conhecer. Lembre-se de que a mulher pode relatar esses fatores com uma linguagem mais simples (exemplo: gordura no corpo, falta de atividade física, comida salgada, açúcar ou gordura elevados no sangue, fumo, etc) nesse caso, se tiver dúvidas, anote o fator que a mulher relatar e depois valide a informação conforme os itens propostos.
- No tópico **excesso de peso corporal**, você deverá realizar pesagem e medição da mulher com balança calibrada e estadiômetro íntegro e, após, deverá calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), a partir da fórmula peso (kg)/altura (m)² (WHO, 1998). Você pode fazer o cálculo somente ao fim da entrevista. Ao pesar a mulher, você deverá certificar-se de que a mesma está descalça, com roupas leves e peso distribuído em ambos os pés, sem calçados. Para medir a altura, você deve colocar a mulher 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, as panturrilhas e os calcanhares deverão estar em contato com o estadiômetro para que então a leitura seja realizada (BRASIL, 2011c). Para a medição da circunferência da cintura, utilize fita métrica no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca (WHO, 1998; BRASIL, 2011c).

- No item **sedentarismo**, você deverá questionar à mulher se ela realiza atividade física. Se sim, prossiga e pergunte quantas vezes na semana ela realiza atividade física (considerando o último mês), por quanto tempo (registre o tempo médio em minutos da maioria dos dias de realização de atividade física). Pergunte também sobre a intensidade da atividade física realizada, considerando a escala de 0-10, em que 0 corresponde a uma atividade física bastante leve, 5 corresponde a uma atividade de intensidade moderada e 10 intensidade vigorosa (WHO, 2020).

- Nos itens de **alimentação hipercalórica e alimentação hipersódica**, leia as afirmativas e marque aquelas que a mulher estiver em concordância, considerando a alimentação no último mês (BRASIL, 2013).

- No tópico de **tabagismo**, você deve registrar assinalando “sim” ou “não” se a mulher fuma ou já fumou ao longo da vida. Caso ela responda “sim”, prossiga com as perguntas e questione se ela já parou de fumar. Questione também o tipo de cigarro que ela fuma/fumou. Você pode citar exemplos para a mulher, como: cigarro industrializado (comum), fumo de rolo ou corda, cigarro de palha, cigarros eletrônicos, cachimbo, narguilé, charuto, etc.

- No item **ansiedade**, você deverá ler em voz alta para a mulher as afirmativas e solicitar que ela escolha uma das alternativas em relação à aplicação da afirmativa lida na vida mulher, considerando a semana passada.

- No item **estresse**, você deverá ler em voz alta para a mulher as afirmativas e solicitar que ela escolha uma das alternativas considerando a frequência de seus sentimentos e pensamentos no último mês.

- Os itens **uso nocivo de substâncias ilícitas e álcool** serão avaliados juntos. Inicie questionando à mulher quais substâncias não prescritas pelo médico ela já utilizou na vida. Leia para a mulher cada uma das alternativas possíveis e marque a letra correspondente para cada substância. Você deve falar os sinônimos das substâncias (descritos no formulário) para a mulher, visando facilitar a compreensão da mesma. Caso a mulher não tenha utilizado

nenhuma substância, a avaliação desse item está encerrada. Caso você marque alguma alternativa como “sim”, prossiga com as perguntas e anote a (s) letra (s) da (s) substância (s) de referência na alternativa escolhida pela mulher nas perguntas 2-7. Atenção! Se você assinalar "nunca" em todos os itens da questão 2, passe para a questão 6.

- Para avaliar o tópico **insônia**, leia as afirmativas para a mulher e peça que ela responda em relação a seu sono, com base nas duas últimas semanas. Leia cada uma das alternativas possíveis para cada afirmação e marque a escolhida pela mulher.

- No item **dislipidemia**, pergunte à mulher se ela possui/possuiu dislipidemia diagnosticada por um médico em algum momento da sua vida. Utilize uma linguagem mais simples para explicar o que é dislipidemia (você pode dizer: “gordura elevada no sangue”). Pergunte também se ela ingere ou ingeriu medicações hipolipemiantes (adeque a linguagem e fale: “medicações para baixar/controlar a gordura no sangue”; cite também exemplos dessas medicações- sinvastatina, atorvastatina, etc). Caso a mulher afirme que tem a doença ou toma a medicação, mas que não foi diagnosticada/prescrita por um médico, assinale “não”. Você também deverá verificar em prontuário se há relato de dislipidemia ou de algum dos exames descritos no instrumento.

- No item **diabetes**, pergunte à mulher se ela possui/possuiu diabetes diagnosticada por um médico em algum momento da sua vida. Utilize uma linguagem mais simples para explicar o que é diabetes (você pode dizer: “açúcar elevado no sangue”). Pergunte também se ela ingere ou ingeriu medicações hipoglicemiantes (adeque a linguagem e fale: “medicações para baixar/controlar o açúcar no sangue”; cite também exemplos dessas medicações- glibenclamida, glicazida, metformina, insulina, etc). Caso a mulher afirme que tem a doença ou toma a medicação, mas que não foi diagnosticada/prescrita por um médico, assinale “não”. Você também deverá verificar em prontuário se há relato de diabetes ou de algum dos exames descritos no instrumento.

- No item **síndrome metabólica**, pergunte à mulher se ela possui/possuiu síndrome metabólica diagnosticada em algum momento da sua vida. Utilize uma linguagem mais simples para explicar o que é síndrome metabólica (você pode dizer: “combinação de vários fatores que aumentam a chance de dar problemas no coração, como obesidade, gordura elevada no sangue, pressão alta e açúcar alto no sangue”). Você também deverá verificar em prontuário se há relato de síndrome metabólica ou de algum dos exames descritos no instrumento.

- No tópico **transtorno de estresse pós-traumático**, pergunte à mulher se ela possui/possuiu transtorno de estresse pós-traumático diagnosticado por um médico em algum momento da sua vida. Utilize uma linguagem mais simples para explicar o que é transtorno de estresse pós-traumático (você pode dizer: “doença que ocorre quando a pessoa tem dificuldade em se recuperar depois de vivenciar ou testemunhar um acontecimento assustador. Os sintomas são de ansiedade”). Caso a mulher afirme que tem a doença, mas que não foi diagnosticada por um médico, assinale “não”. Você também deverá verificar em prontuário se há relato de transtorno de estresse pós-traumático.
- No item **doença cardiovascular**, pergunte à mulher se ela possui/possuiu doença cardiovascular diagnosticada por um médico em algum momento da sua vida. Explique com uma linguagem mais simples o que é doença cardiovascular (você pode dizer: “doença que afeta o coração e/ou os vasos sanguíneos do corpo”). Leia todas as condições que estão no formulário e marque com um “sim” caso a mulher afirme ter alguma dessas condições. Se a mulher disser alguma condição não listada, anote no formulário o nome da doença e posteriormente tire a dúvida se corresponde a alguma condição cardiovascular. Caso a mulher afirme que tem a doença, mas que não foi diagnosticada por um médico, assinale “não”. Você também deverá verificar em prontuário se há relato de alguma doença cardiovascular.
- Para o item **indivíduos com histórico familiar de hipertensão arterial**, questione à mulher se ela tem parentes de primeiro grau (considere parentes de primeiro grau apenas pai, mãe e filhos) com hipertensão arterial. Utilize uma linguagem mais simples para explicar o que é hipertensão (você pode dizer: pressão alta).
- Para os tópicos **indivíduos em vulnerabilidade social** e **sexo feminino**, você sempre deverá marcar “sim”, já que todas as entrevistadas serão mulheres (sexo biológico) privadas de liberdade (vivem em isolamento social e, por isso, são consideradas vulneráveis socialmente).
- No item **indivíduos com idade maior que 30 anos**, você deve marcar sim quando a mulher responder que sua idade é maior ou igual a 30 anos. Você deve checar também a data de nascimento da mulher para validar a resposta.
- Após finalizar as perguntas do formulário, você deverá verificar a PA da mulher. Você pode deixar para verificar as medidas antropométricas neste momento, após a verificação

da PA. A medição da pressão arterial das mulheres ocorrerá **em duas ocasiões, em dias diferentes (primeiramente no dia da entrevista e posteriormente em outro dia, em até uma semana), sendo levado em consideração para fins de determinação do desfecho do estudo e alocação das mulheres nos grupos caso e controle, a média aritmética dos valores registrados nessas duas ocasiões.**

- A mensuração da pressão será feita com técnica apropriada, conforme as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. A mulher deverá estar sentada de forma confortável em ambiente silencioso por no mínimo 5 minutos antes da medição da pressão. O entrevistador deverá certificar-se de que a mulher não está com a bexiga cheia; não realizou exercícios físicos há, pelo menos, 60 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café; não fumou nos 30 minutos anteriores.

- Registre no dia 1 os valores de PA obtidos nos dois braços, com a mulher sentada. Depois, anote qual será o braço de referência para as próximas medições (braço de maior valor de PA) e o valor da terceira mensuração (em pé). Deve-se respeitar o intervalo de mensuração das pressões de 1-2 minutos. No dia 2, (em até uma semana após o dia da primeira mensuração), registre as três mensurações de pressão, as duas primeiras com a mulher sentada e a terceira com a mulher em pé (BARROSO et al., 2021).

- O manguito adequado para a circunferência do braço (TABELA 1) será utilizado sendo posicionado ao nível do coração. A palma da mão deverá estar voltada para cima e as roupas não devem garrotear o braço. As costas e o antebraço da mulher devem estar apoiados; as pernas, descruzadas; e os pés, apoiados no chão (BARROSO et al., 2021).

Tabela 1- Dimensões do manguito conforme a circunferência do braço. Recife-PE, 2022.

Circunferência	Denominação do manguito	Largura do manguito	Comprimento da bolsa
22-26 cm	Adulto pequeno	10 cm	24 cm
27-34 cm	Adulto	13 cm	30 cm
35-44 cm	Adulto grande	16 cm	38 cm

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020 (BARROSO et al., 2021).

- Para a técnica da medição da pressão arterial, os seguintes passos deverão ser seguidos: determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano, selecionar o manguito adequado ao tamanho do braço, colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital; ajustar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; estimar o nível da PAS por meio da palpação do pulso radial; palpar a artéria braquial

na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem comprimir excessivamente; inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação; proceder à deflação lenta (velocidade de 2 mmHg por segundo); determinar a PAS pela ausculta do primeiro som correspondente à fase I de Korotkoff e, depois, aumentar rapidamente a deflação; determinar a PAD no desaparecimento dos sons correspondente à fase V de Korotkoff; auscultar de 20 a 30 mmHg abaixo do último ruído para confirmar seu desaparecimento e, depois proceder, à deflação rápida e completa; se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero (BARROSO et al., 2021).

- **ATENÇÃO!** As mulheres que tiverem alteração da pressão arterial ($PA > \text{ou} = 140 \times 90 \text{ mmHg}$ ou $PAS < \text{ou} = 90 \text{ mmHg}$) serão encaminhadas para a unidade de saúde prisional, para que sejam acompanhadas pela equipe de saúde com a realização de adequadas medidas terapêuticas.

- Finalize sua coleta, agradeça a participação da mulher e pergunte se ela possui alguma dúvida sobre a entrevista. Em seguida, confira se o instrumento foi totalmente preenchido e passe álcool nas suas mãos e materiais utilizados.

- Colete todas as mulheres selecionadas e, após a coleta, revise os formulários para confirmar se estão devidamente preenchidos e sem campos em branco. Por fim, procure no prontuário os dados necessários, bem como faça os cálculos pertinentes presentes no instrumento.

- Ao final, organize o ambiente da coleta da mesma forma que encontrou e agradeça à equipe do setor pelo acolhimento.

REFERÊNCIAS

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.

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTI, L. A.; MOTA-GOMES, M. A.; BRANDÃO, A. A.; FEITOSA, A. D. M. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.**

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar. Como ter uma alimentação saudável.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CASTRO, L. S. Adaptação e Validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI): Caracterização Populacional, Valores Normativos e Aspectos Associados. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 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.
- 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. 1, supl.1, p. 1-76, 2017.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.
- GOLBERT, A.; VASQUES, A. C. J.; FARIA, A. C. R. A.; LOTTENBERG, A. M. P.; JOAQUIM, A. G.; VIANNA, A. G. D.; et al. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** Clannad: Editora científica, 2019.
- LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.
- PRÉCOMA, D. B.; OLIVEIRA, G. M. M.; SIMÃO, A. F.; DUTRA, O. P.; COELHO, O. R.; IZAR, C. O. M.; et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq Bras Cardiol.** v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.
- SBARDELLOTO, G.; SCHAEFER, L. S.; JUSTO, A. R.; KRISTENSEN, C. H. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-USF**, v. 16, n. 1, p. 67-73, 2011.
- SCOTT, J. B.; PROLA, C. A.; SIQUEIRA, A. C.; PEREIRA, C. R. R. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. rev.**, v. 24, n. 2, p. 600-615, 2018.
- VIGNOLA, R. C.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **J Affect Disord**, v. 155, p.104-9, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour; Geneva: World Health Organization; 2020.

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE



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



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sr^a para participar como voluntária da pesquisa **“Evidências de validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Gabrielle Pessoa da Silva, endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 844-900 – Cidade Universitária, Recife – PE, CEP:50670-901, telefone: (81) 21263661 (inclusive ligações a cobrar); e-mail: pessoa.gabrielle@hotmail.com, sob a orientação de: Prof^a Dr^a Francisca Márcia Pereira Linhares, telefone: (81) 21263661, e-mail: marciapl27@gmail.com e coorientação da Prof^a. Dr^a. Suzana de Oliveira Manguiera e-mail: suzanaom@hotmail.com, telefone: (81) 21263661.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando você receber todas as explicações e concordar em participar do estudo, pedimos que faça uma rúbrica das folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via será sua e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

A senhora estará livre para decidir participar ou não. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Será possível que você desista em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem o objetivo de **analisar as evidências de validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade**. Sua participação será por meio de entrevista com as pesquisadoras. Nessa entrevista, você

responderá perguntas sobre sua saúde física e mental. Quando as perguntas chegarem ao final, sua participação também chegará ao fim.

Você pode se sentir constrangida ao responder algumas perguntas sobre sua saúde. Garantimos a você que todas as informações da pesquisa serão confidenciais, com a garantia do sigilo da pesquisadora durante todo o desenvolvimento do estudo. Garantimos também que a entrevista vai acontecer em um ambiente reservado e privativo, onde poderemos conversar sem interrupções e sem a presença de outras pessoas. Além disso, estaremos disponíveis para tirar suas possíveis dúvidas sobre o estudo ou questões pessoais referentes à pesquisa.

Informamos que respeitaremos as normas e medidas de precaução da unidade para prevenir a contaminação pelo novo coronavírus (durante a entrevista, você e as pesquisadoras devem usar máscaras cobrindo nariz e boca, álcool em gel para higiene das mãos e equipamentos, além de manter o distanciamento social).

Você poderá ter benefícios com esse estudo, pois, a identificação dos fatores de risco para as alterações da pressão arterial pode ajudar no planejamento e realização de ações para reduzir esses fatores de risco e, portanto, gerar melhorias para a saúde do seu coração. Além disso, a pesquisa também pode ajudar a identificar mulheres com alteração da pressão arterial. Quando isso acontecer, essas mulheres serão encaminhadas para a unidade de saúde prisional, para que sejam acompanhadas pela equipe de saúde com tratamento adequado.

Essa pesquisa também tem benefícios aos enfermeiros das unidades prisionais femininas, que poderão utilizar os resultados do estudo para planejar a realização de ações de saúde para a prevenção das alterações de pressão arterial nas mulheres privadas de liberdade.

Você está livre para não aceitar participar do estudo e sua decisão não terá nenhuma punição por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão sigilosas e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, sem que seu nome seja citado, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão guardados nos arquivos e computadores da UFPE sob a responsabilidade da pesquisadora e orientadoras, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

Você não receberá dinheiro nem será cobrada para participar desta pesquisa, pois a sua aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

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: cephumanos.ufpe@ufpe.br).

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Evidências de validade do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade”, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios devido a minha participação. Fui informada e recebi a garantia de que posso retirar a minha aceitação em participar do estudo a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____



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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE I - SUMARIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA COM OS ATRIBUTOS E ANTECEDENTES CLÍNICOS DO RISCO DE PADRÃO PRESSÓRICO DESEQUILIBRADO EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

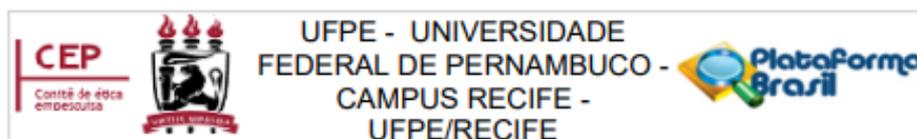
Autores, ano, nível de evidência	Desenho do estudo	Localização	Atributos essenciais extraídos	Antecedentes Clínicos extraídos
FAZEL; BAILLARGEON, 2011 Nível 5	Revisão integrativa	Reino Unido	--	Uso nocivo de álcool, uso nocivo de substâncias ilícitas, mulheres
JOHNSON et al., 2019 Nível 3	Estudo de coorte	Canadá	--	Tabagismo, uso nocivo de álcool, uso nocivo de substâncias ilícitas, pessoas em vulnerabilidade social
NOLAN; STEWART, 2017 Nível 4	Estudo transversal	Canadá	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Uso nocivo de álcool, uso nocivo de substâncias ilícitas, tabagismo, excesso de peso corporal, mulheres, idade, dislipidemia, doença cardiovascular
SILVA et al., 2021 Nível 5	Estudo metodológico	Brasil	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Conhecimento/compreensão insuficiente dos fatores de risco, dislipidemia, sedentarismo, excesso de peso corporal, tabagismo, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, ansiedade, uso nocivo de álcool, uso nocivo de substâncias ilícitas e estresse
ARRIES; MAPOSA, 2013 Nível 5	Revisão integrativa	Estados Unidos	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado e	Tabagismo, excesso de peso corporal, dislipidemia, alimentação hipercalórica, sedentarismo, estresse, TEPT, conhecimento/compreensão

				-Redução recorrente da força do sangue contra a parede arterial abaixo do nível desejado	insuficiente dos fatores de risco, pessoas em vulnerabilidade social, síndrome metabólica, doença cardiovascular, mulheres, idade
VERA-REMARTÍNEZ et al., 2018 Nível 4	Estudo transversal	Espanha		Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Mulheres, história familiar de hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia, excesso de peso corporal, sedentarismo, uso de substâncias ilícitas, pessoas em vulnerabilidade social, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, síndrome metabólica
PLUGGE et al., 2009 Nível 4	Estudo longitudinal prospectivo	Inglaterra		Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Tabagismo, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, sedentarismo, excesso de peso corporal, uso nocivo de álcool, idade acima 30 anos, pessoas em vulnerabilidade social
RITTER et al., 2011 Nível 1	Revisão sistemática	Estados Unidos		--	Tabagismo
GEBREMARIAM et al., 2018 Nível 1	Revisão sistemática	Reino Unido		--	Excesso de peso corporal, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, sedentarismo
BONDOLFI et al., 2020 Nível 1	Revisão sistemática	Reino Unido		Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, excesso de peso corporal, pessoas em vulnerabilidade social, estresse, alimentação hipersódica
WANGMO et al., 2018 Nível 5	Estudo qualitativo	Suíça		--	Alimentação hipersódica, sedentarismo
LAGARRIGUE et al., 2017 Nível 4	Estudo transversal	França		Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Excesso de peso corporal, sedentarismo, tabagismo, síndrome metabólica, ansiedade, dislipidemia

HERBERT et al., 2012 Nível 1	Revisão sistemática	Reino Unido	--	Excesso de peso corporal, sedentarismo, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica
AGYAPONG; ANNAN; APPREY, 2017 Nível 1	Revisão sistemática	Reino Unido	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Excesso de peso corporal, sedentarismo, tabagismo, uso nocivo de álcool, uso nocivo de substâncias ilícitas, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, dislipidemia, estresse, insônia, idade
NUCCI et al., 2019 Nível 5	Estudo metodológico	Itália	--	Excesso de peso corporal, tabagismo, sedentarismo alimentação hipercalórica e/ou hipersódica
NARA; IGARASHI, 1998 Nível 4	Estudo transversal	Japão	Redução recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Excesso de peso corporal, dislipidemia, tabagismo, uso nocivo de álcool, uso nocivo de substâncias ilícitas, sedentarismo
HACHBARDT et al., 2020 Nível 4	Estudo transversal	Brasil	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Excesso de peso corporal, tabagismo, uso nocivo de álcool, sedentarismo, insônia, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, histórico familiar de hipertensão arterial, estresse, idade, pessoas em vulnerabilidade social, diabetes, doença cardiovascular
GALVÃO et al., 2019 Nível 4	Estudo transversal	Brasil	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Tabagismo, sedentarismo, uso nocivo de álcool, excesso de peso corporal, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, idade acima de 30 anos, pessoas em vulnerabilidade social
GILLES et al., 2008 Nível 4	Estudo transversal	Austrália	--	Tabagismo, uso nocivo de substâncias ilícitas, uso nocivo de álcool
VALERA et al., 2016 Nível 5	Estudo qualitativo	Nova York	--	Tabagismo

BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015 Nível 4	Estudo transversal	México	-Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado e -Redução recorrente da força do sangue contra a parede arterial abaixo do nível desejado	Excesso de peso corporal, dislipidemia, tabagismo, uso nocivo de substâncias ilícitas, sedentarismo, idade, pessoas em vulnerabilidade social, mulheres
KHAVJOU et al., 2017 Nível 4	Estudo transversal	Estados Unidos	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Dislipidemia, tabagismo, excesso de peso corporal, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, pessoas em vulnerabilidade social, idade, sedentarismo, doença cardiovascular
WILDEMAN; LEE; COMFORT, 2013 Nível 4	Estudo transversal	Estados Unidos	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Idade, pessoas em vulnerabilidade social, tabagismo, uso nocivo de substâncias ilícitas, uso nocivo de álcool, doença cardiovascular, excesso de peso corporal, ansiedade
MOHAN et al., 2018 Nível 1	Revisão Sistemática	Holanda	--	Sedentarismo, alimentação hipercalórica e/ou hipersódica, tabagismo, pessoas em vulnerabilidade social, mulheres
UDO, 2019 Nível 4	Estudo transversal	Estados Unidos	Elevação recorrente da força do sangue contra a parede arterial acima do nível desejado	Doença cardiovascular, diabetes, dislipidemia, mulheres, pessoas em vulnerabilidade social, excesso de peso corporal, idade, tabagismo, uso nocivo de álcool, estresse

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE PRESSÃO ARTERIAL INSTÁVEL EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

Pesquisador: GABRIELLE PESSOA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58022222.7.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.454.048

Apresentação do Projeto:

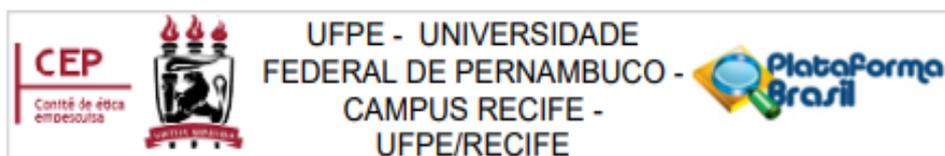
Trata-se do projeto de tese da doutoranda Gabrielle Pessoa vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE sob a orientação das Profas Francisca Márcia Linhas e Suzana Manguieira. A pesquisa pretende investigar as evidências de validade do diagnóstico de Enfermagem Risco de Pressão Arterial Instável em mulheres privadas de liberdade. A pesquisa será realizada com amostra de juízes especialistas e de mulheres privadas de liberdade por meio de estudo caso-controle que será realizado na Escola Estadual Olga Benário, que funciona dentro da Colônia Penal Feminina do Recife. Estima-se uma amostra de 122 mulheres, sendo 61 alocadas no grupo caso e 61 no grupo controle. O grupo caso será composto por mulheres que apresentarem instabilidade da pressão arterial e o grupo controle pelas que possuem uma pressão arterial estável. Espera-se com esta pesquisa atualizar a taxonomia da NANDA-I e incrementar os componentes do diagnóstico em questão para garantir maior acurácia na identificação do Diagnóstico de Enfermagem Risco de pressão arterial instável na prática assistencial dos enfermeiros que atuam em unidades prisionais femininas.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Estimar a validade do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.454.048

privadas de liberdade.

Específicos:

- Elaborar Teoria de Médio Alcance específica para definir e explicar os elementos que colaboram para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável;
- Construir definições conceituais e operacionais para os fatores de risco, condições associadas e populações em risco do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável;
- Construir pictograma representativo do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável;
- Estabelecer relações de causalidade para ocorrência do diagnóstico de enfermagem do Risco de pressão arterial instável;
- Analisar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade, segundo os juízes;
- Verificar a validade clínica dos fatores de risco, condições associadas e populações em risco do diagnóstico de enfermagem Risco de pressão arterial instável em mulheres privadas de liberdade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora ajustou os riscos e formas de minimizá-los conforme solicitação anterior deste CEP. Os benefícios estão adequados.

Dessa forma, considera-se que os riscos, formas de minimizá-los e os benefícios estão adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e trará importante contribuição para o cuidado de enfermagem às mulheres privadas de liberdade. O projeto está bem delineado, os objetivos e métodos estão de acordo com as hipóteses a serem respondidas. O cronograma é exequível e o orçamento está de acordo com a complexidade da proposta de tese de doutorado.

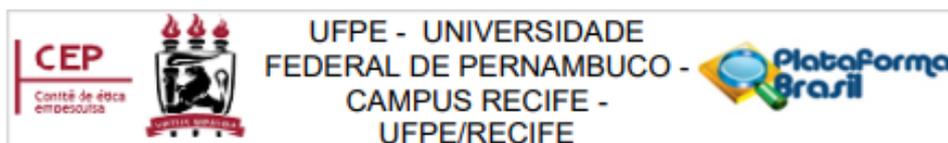
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos conforme as normas do CEP/UFPE. A pesquisadora efetuou os ajustes solicitados anteriormente no TCLE para o público de mulheres privadas de liberdade, assim como adicionou, neste termo, todos os demais ajustes efetuados no projeto detalhado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora efetuou os ajustes solicitados por este CEP no projeto detalhado, TCLE e

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.454.048

plataforma brasil. Dessa forma, recomenda-se aprovação do protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

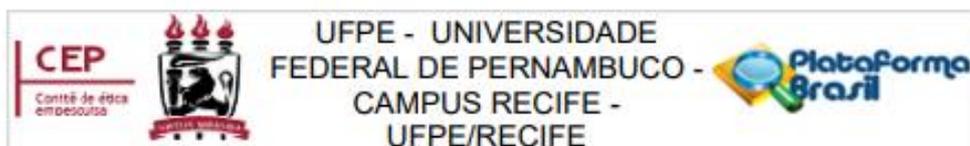
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após 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. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1932453.pdf	03/06/2022 14:38:23		Aceito
Outros	Cartaresposta_cep.docx	03/06/2022 14:34:48	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadocep_gabrielle_corrigido.docx	03/06/2022 14:33:25	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoconsentimento_juizes_mulheres_corrigido.docx	03/06/2022 14:31:29	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
Outros	CurriculosLattes_SuzanadeOliveiraMangueira.pdf	19/04/2022 15:16:03	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
Outros	CurriculosLattes_FranciscaMarciaPereiraLinhares.pdf	19/04/2022 15:15:38	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
Outros	CurriculosLattes_GabriellePessoaDaSilva.pdf	19/04/2022	GABRIELLE	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.454.048

Outros	iva.pdf	15:15:07	DA SILVA	Aceito
Outros	cartadeanuencia_assinada.pdf	19/04/2022 15:11:59	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
Outros	historicoescolar_GabriellePessoa.pdf	19/04/2022 15:11:32	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.docx	19/04/2022 15:09:31	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoconsentimento_juizes_mulheres.docx	19/04/2022 15:05:32	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadocep_gabrielle.docx	19/04/2022 15:05:01	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_Assinada.pdf	19/04/2022 15:04:35	GABRIELLE PESSOA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 07 de Junho de 2022

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

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br