



Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “rede social de apoio inadequada”

Content validation of the nursing diagnosis “inadequate social support network”

Validación de contenido del diagnóstico de enfermería “red de apoyo social inadecuada”

Como citar este artigo:

França MS, Pontes CM, Lopes MVO, Mendes RCMG, Perrelli JGA, Morais SCR, Linhares FMP. Content validation of the nursing diagnosis “inadequate social support network”. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230250. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0250en>

-  Michelline Santos de França¹
-  Cleide Maria Pontes²
-  Marcos Venícios de Oliveira Lopes³
-  Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes²
-  Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli²
-  Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais²
-  Francisca Márcia Pereira Linhares²

¹Instituto Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem, Abreu e Lima, PE, Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

³Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate evidence of content validity of the nursing diagnosis “inadequate social support network”. **Method:** A methodological study of the content validation type, carried out with 23 judges who evaluated the adequacy of the title, definition, class and domain of the nursing diagnosis “inadequate social support network”. The judges also assessed the relevance of 28 clinical indicators and 32 etiological factors, which were considered valid when the Content Validity Index was ≥ 0.9 . **Results:** The judges agreed with the proposed title and suggested changes to the definition of the nursing diagnosis. They recommended its inclusion in Domain 7 – “Roles and relationships” and Class 3 – “Role performance” of the NANDA-I taxonomy. In addition, 19 clinical indicators and 27 etiological factors were considered relevant. **Conclusion:** The nursing diagnosis “inadequate social support network” had its theoretical structure validated in terms of content, which can support the practice of nurses in the operationalization of the Nursing Process.

DESCRIPTORS

Social Support; Nursing Diagnosis; Validation Study; Social Network; Nursing Process.

Autor correspondente:

Michelline Santos de França
R. Jaguaribe, s/n, Timbó
53510-520 – Abreu e Lima, PE, Brasil
michelline.franca@abreuelima.ifpe.edu.br

Recebido: 10/08/2023
Aprovado: 06/12/2023

INTRODUÇÃO

As interações entre a pessoa e os membros de sua rede social de apoio refletem positiva ou negativamente em sua vida. O fortalecimento dos laços estabelecidos proporciona o apoio necessário nos diversos eventos do ciclo vital. Por outro lado, a fragilidade das relações pode acarretar a diminuição do sentimento de pertencer, a escassez de fontes de suporte e, conseqüentemente, a inadequação da rede social de apoio⁽¹⁾.

Uma rede social de apoio inadequada pode repercutir no processo saúde-doença, e cabe ao enfermeiro estar atento às possibilidades interativas dos indivíduos a quem presta cuidado. Esse profissional pode reconhecer-se como membro da rede, que estabelece vínculos e relações em atitude de corresponsabilidade no cuidado integral. Além disso, pode desenvolver ações de educação em saúde que valorizem a história de vida e o saber prévio das pessoas, em um processo de construção dialógica conjunta⁽²⁾.

Tais ações de envolvimento pessoal são mais comuns na Atenção Primária à Saúde, que proporciona a longitudinalidade do cuidado, na qual os enfermeiros têm papel fundamental, e cuja relação terapêutica é construída com base na responsabilidade e confiança no acompanhamento contínuo dos problemas de saúde e das ações preventivas por uma mesma equipe de saúde no decorrer do tempo⁽³⁾.

Nesse contexto, o estabelecimento de vínculo do enfermeiro com a família e a rede social de apoio é habitual no cuidado a pacientes de grupos específicos, como pessoas com transtornos mentais, deficiência, obesidade e doenças crônicas. Embora seja mais factível nos casos citados, o estabelecimento de vínculo enfermeiro-paciente pode e deve ocorrer também em outros cenários, a exemplo dos setores hospitalares (maternidade, enfermaria oncológica, Unidades de Terapia Intensiva e enfermaria cirúrgica), nos quais a rede social de apoio inadequada pode ser diagnosticada e intervenções devem ser prescritas e realizadas. Assim, as interações da pessoa com sua rede social de apoio, bem como a presença e a adequação do apoio a ela ofertado devem ser objeto de investigação e intervenção por parte do enfermeiro⁽²⁾.

Nesse sentido, a rede social de apoio inadequada pode ser entendida como um fenômeno de enfermagem, sendo necessário definir parâmetros para sua identificação acurada. A compreensão desse fenômeno de enfermagem demanda entender os mecanismos de como este se instala e se manifesta na vida das pessoas; e possibilita a implementação de intervenções que possam minimizar a sua ocorrência⁽⁴⁾.

A tradução de um fenômeno em um Diagnóstico de Enfermagem (DE) contribui para a consolidação da ciência da enfermagem e a delimitação do seu corpo singular de conhecimentos para assistir ao paciente em suas respostas a problemas de saúde e/ou processos de vida⁽⁴⁾. Nessa perspectiva, foi estruturada a proposta de um novo DE, inicialmente denominado “rede social de apoio ineficaz”, cujo julgamento foi posteriormente alterado para “inadequada”. Este novo DE evidencia a complexidade das relações interpessoais e o seu impacto nos processos vitais, ao ser incorporada no escopo da enfermagem por intermédio de uma linguagem padronizada possibilitará a ampliação da práxis e a reflexão sobre os modelos teóricos de cuidado integral à pessoa, família e coletividade humana.

No processo de estruturação do novo DE, foram realizados procedimentos teóricos de elucidação do fenômeno através da elaboração de uma Teoria de Médio Alcance preditiva, e da validação do DE para identificar e avaliar os fatores etiológicos (antecedentes) e as características definidoras (conseqüentes) indicativas do fenômeno.

Dentre os métodos de validação de DE, destaca-se a validação de conteúdo, a qual garante que os conhecimentos do fenômeno de enfermagem sejam definidos e expostos à avaliação por juízes com expertise no assunto. Essa avaliação viabiliza a composição da estrutura diagnóstica teórica, que posteriormente deve ser submetida à validação clínica em população potencialmente exposta ao fenômeno⁽⁵⁾.

A realização desta pesquisa é fundamental, uma vez que os elementos do DE “rede social de apoio inadequada” precisam ser refinados e aperfeiçoados, além de que contribuirão para o raciocínio diagnóstico na assistência, na pesquisa e no ensino e, conseqüentemente, para o planejamento da assistência de enfermagem e implementação de intervenções que venham a promover a rede social de apoio às pessoas. Os resultados colaborarão para os avanços da área da enfermagem e subsidiarão a identificação do DE, que é um fenômeno que pode ser encontrado nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar evidências de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “rede social de apoio inadequada”.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo metodológico do tipo validação de conteúdo do DE “rede social de apoio inadequada” de acordo com a taxonomia da NANDA-I. Estudos de validação de diagnósticos têm a finalidade de verificar com juízes a relevância dos indicadores clínicos e fatores etiológicos como componentes de um DE; e averiguar a clareza e a precisão das definições conceituais e operacionais desses elementos, e da definição do DE⁽⁵⁾.

LOCAL

Realizado por meio de correio eletrônico com juízes enfermeiros do Brasil.

POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A população foi composta por juízes enfermeiros. Os critérios para seleção dos juízes foram: 1) ter experiência clínica e/ou de pesquisa na temática rede social de apoio e/ou DE, definida por no mínimo dois anos de experiência em atividade assistencial direta ao indivíduo, família e comunidade, com identificação de DE; e/ou publicar no mínimo dois trabalhos acadêmicos (artigos, resumos em anais de congressos, capítulo de livros ou livros) na temática da rede social de apoio e/ou DE; e 2) ser enfermeiro com titulação mínima de mestre ou estar cursando mestrado ou doutorado na temática de DE e/ou rede social de apoio. Os juízes que atenderam obrigatoriamente a pelo menos um dos critérios de seleção foram incluídos. Foram excluídos aqueles que não responderam à carta-convite.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi definida com base na estimativa do cálculo da média das avaliações – Índice de Validade de Conteúdo (IVC) – para cada elemento a ser analisado. Foi considerado o nível de confiança ($Z_{1-\alpha/2}$) de 95%, o desvio-padrão (S) de 0,17 e o erro amostral (e) de 0,07. Assim, ao utilizar a fórmula: $n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot s/e)^2$, a amostra totalizou 23 juízes enfermeiros.

COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, a diversidade preditiva foi utilizada, a qual pressupõe que a precisão das inferências de determinado grupo é diretamente proporcional à diversidade do nível de expertise dos seus integrantes. Também se utilizou a abordagem da sabedoria coletiva, a qual define que a opinião de um grupo de juízes tem estimativas melhores do que a de um único juiz. Essa técnica fundamenta-se na ideia de que cada indivíduo, independentemente de seu nível de expertise, pode errar. Contudo, quando se tem as médias das respostas, ocorre a anulação do erro (a média obtida no grupo é maior que o julgamento de apenas um indivíduo)⁽⁵⁾.

A definição do nível de expertise é proveniente do conhecimento acadêmico e da experiência clínica dos juízes^(5,6). Para essa definição, empregou-se a seguinte classificação: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e *expert*^(6,7).

A coleta de dados com os juízes ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2018. A captação dos juízes ocorreu por meio da plataforma *Lattes* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Utilizou-se a busca avançada de currículos, nas bases de doutores e demais pesquisadores, com o auxílio dos termos “rede social” e “diagnóstico de enfermagem”. Os juízes captados via plataforma também indicaram outros profissionais, que passaram a compor a amostra após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Cada juiz selecionado recebeu uma carta-convite por meio do correio eletrônico. Os que aceitaram participar do estudo, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados. Este deveria ser respondido e reencaminhado no prazo de 15 dias.

O instrumento de coleta de dados continha a apresentação do estudo e as instruções para o seu adequado preenchimento; e foi composto por três partes. A primeira era referente a caracterização dos juízes; a segunda continha questões sobre a adequação do título, da definição, do domínio e da classe, conforme a taxonomia da NANDA-I⁽⁴⁾. Na terceira parte, havia 28 indicadores clínicos e 32 fatores etiológicos do DE em estudo, com suas respectivas definições conceituais e operacionais, as quais foram elaboradas com respaldo em artigos científicos oriundos de revisão da literatura, livros-texto, dicionários, teses e dissertações.

Cada indicador clínico e fator etiológico foi avaliado quanto à relevância por meio da escala *Likert* de cinco pontos (totalmente irrelevante, pouco relevante, parcialmente relevante, muito relevante e totalmente relevante). Ademais, em todos eles havia espaços para considerações quanto à clareza e precisão das definições. Quando julgaram que a definição já atendia aos critérios de clareza e precisão, os juízes deixaram o espaço em branco.

O diagnóstico de enfermagem em estudo foi elaborado com o título “Rede social de apoio ineficaz”, porém, a NANDA-I, em acordo com os autores do DE, optou pela sua inclusão na taxonomia com a troca do termo “ineficaz” por “inadequada” para fins de aderência ao processo de padronização de termos da referida taxonomia.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha do programa *Microsoft Office Excel 2010* e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21; e software R, versão 3.2.0. Foi realizada a análise descritiva que incluiu o cálculo de frequências e Intervalos de Confiança (IC) de 95% para variáveis nominais. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio da média, mediana, desvio-padrão e intervalo interquartil. O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para verificação da aderência dos dados à distribuição normal.

Dados referentes à relevância dos componentes do DE foram analisados pelo cálculo do IVC, com base no modelo da diversidade preditiva, e a avaliação dos juízes foi ponderada pelo seu nível de expertise. Uma vez que as estimativas do IVC não aderiram à distribuição normal com aplicação do teste de Shapiro-Wilk, as medianas das avaliações foram utilizadas, tendo-se como valor de referência o IC da mediana do IVC $\geq 0,9$. Os indicadores clínicos e fatores etiológicos que obtiveram valores de mediana do IVC para o critério relevância abaixo de 0,9 foram excluídos. Os critérios clareza e objetividade das definições conceituais e operacionais foram avaliados qualitativamente pelos juízes, que poderiam fazer observações e sugestões de alterações quando julgassem necessário. As sugestões foram verificadas pelos autores e as alterações pertinentes foram efetuadas nas definições.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes da Resolução nº 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, conforme parecer final nº 4.471.097 em 2020. O consentimento dos participantes foi obtido por meio da assinatura dos mesmos no TCLE.

RESULTADOS

Dentre os 23 juízes, a maioria (69,6%) tinha doutorado e apenas um era do sexo masculino. A quantidade foi mais representativa na Região Nordeste (69,6%), seguida da Região Sul (21,7%) e Sudeste (8,7%). A maioria (91,3%) trabalhava como docente e a área de estudo da maior titulação foi em DE (52,2%) e na temática rede social de apoio (47,8%). Ademais, 39,1% dos juízes foram classificados como competentes; 17,4% em proficientes e 8,7% em *experts*.

A média da idade dos juízes foi de 38,96 anos e a média de anos de atuação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem foi de 6,67 anos. Em relação ao tempo de formação dos juízes, tem-se a mediana de 11 anos; além de três anos para o tempo de atuação em rede social de apoio; seis anos para o tempo de assistência identificando DE; seis anos para o tempo

de ensino da temática DE; e dois anos e meio para o tempo de atuação em grupo de pesquisa sobre rede social de apoio.

Quanto à adequação do título proposto (rede social de apoio inadequada) para o DE, apenas um juiz o sinalizou como inadequado. Porém, não apresentou sugestões de alteração, então a proposta do título foi mantida. Dentre as três opções de definição do diagnóstico apresentadas, a definição 2 – “Incapacidade dos membros da rede em estabelecer interações sociais geradoras de apoio ao atendimento às necessidades da pessoa, família e coletividade” foi escolhida por 56,5% dos juízes, seguida pela Definição 1 – “Rede de contatos interpessoais e sistemas organizacionais incapaz de se mobilizar para prover o suporte necessário”, escolhida por 30,4% dos juízes, conforme descrito na Tabela 1.

Não houve consenso entre os juízes sobre a definição mais adequada, no entanto estes deram sugestões, as quais foram acatadas e resultaram em uma nova definição que engloba os aspectos presentes nas opções sugeridas, a saber: “Incapacidade dos membros do grupo de contatos interpessoais e sistemas organizacionais em estabelecer interações sociais geradoras de apoio ao atendimento às necessidades da pessoa, família e coletividade”. Além disso, a inserção do DE “rede social de apoio inadequada” no Domínio 7 – “Papéis e relacionamentos” e na Classe 3 – “Desempenho de papéis” foi recomendada por 95,7% dos juízes.

Dos 28 indicadores clínicos, nove tiveram valor do IVC abaixo de 0,9, a saber: Baixa autoestima situacional, Apoio condicionado, Escassez de possíveis fontes de apoio social, Excesso de contatos interpessoais pouco significativos, Pouco apoio social, Percepção de normalidade do problema da pessoa, Excesso de informação e interação da rede social, Falta de bens materiais e Depressão, conforme descrito na Tabela 2.

Observa-se que, dos 32 fatores etiológicos submetidos à análise, 27 foram considerados relevantes pelos juízes. Os cinco fatores etiológicos julgados como não relevantes para o DE foram: Rede social de tamanho maior, Problemas de saúde mental, Consumo dos recursos da pessoa, Alto grau de complexidade das organizações e Eventos inesperados, conforme descrito na Tabela 3.

Os juízes propuseram alterações no título de alguns dos indicadores clínicos, as quais possibilitaram melhor fluidez textual, inteligibilidade, retirada de textos repetitivos e modificação

Tabela 1 – Avaliação da adequação da definição do Diagnóstico de Enfermagem “rede social de apoio inadequada” – Recife, PE, Brasil, 2018.

Definição	n = 23	%
Definição 1 – Rede de contatos interpessoais e sistemas organizacionais incapaz de se mobilizar para prover o suporte necessário.	7	30,4
Definição 2 – Incapacidade dos membros da rede em estabelecer interações sociais geradoras de apoio ao atendimento às necessidades da pessoa, família e coletividade	13	56,5
Definição 3 – Incapacidade dos membros da rede em estabelecer interações sociais provedoras de apoio.	3	13,0
Total	23	100

n = Tamanho da amostra; % – Porcentagem.

Tabela 2 – Validade dos indicadores clínicos do Diagnóstico de Enfermagem “rede social de apoio inadequada” – Recife, PE, Brasil, 2018.

Indicadores clínicos	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	
Sentimento de abandono	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Apoio emocional diminuído	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Apoio informativo inadequado	0,27	<0,001	1,00	1,00	1,00
Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde	0,24	<0,001	1,00	1,00	1,00
Imposição de comportamentos adequados	0,62	<0,001	1,00	0,75	1,00
Apoio oferecido diferente do apoio esperado	0,46	<0,001	1,00	1,00	1,00
Fragilidade dos vínculos	0,39	<0,001	1,00	1,00	1,00
Interações sociais negativas	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Preconceito	0,44	<0,001	1,00	1,00	1,00
Negligência às demandas de apoio	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Encorajamento de comportamentos negativos	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Subestimação da autoeficácia da pessoa	0,56	<0,001	1,00	0,88	1,00
Atitudes de culpabilização	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Invasão de privacidade	0,46	<0,001	1,00	1,00	1,00
Perda de confidencialidade	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Sobrecarga do cuidador principal	0,34	<0,001	1,00	1,00	1,00
Indisponibilidade para oferta de apoio social	0,53	<0,001	1,00	0,87	1,00
Desvalorização do apoio social recebido	0,47	<0,001	1,00	1,00	1,00
Baixa reciprocidade	0,58	<0,001	1,00	0,63	1,00
Baixa autoestima situacional	0,6	<0,001	0,88	0,88	1,00
Apoio condicionado	0,65	<0,001	0,88	0,87	1,00
Escassez de possíveis fontes de apoio social	0,6	<0,001	0,88	0,87	1,00
Excesso de contatos interpessoais pouco significativos	0,63	<0,001	0,88	0,75	1,00
Pouco apoio social	0,66	<0,001	0,87	0,75	1,00
Percepção de normalidade do problema da pessoa	0,68	<0,001	0,75	0,75	1,00
Excesso de informação e interação da rede social	0,65	<0,001	0,75	0,75	1,00
Falta de bens materiais	0,68	<0,001	0,63	0,5	0,88
Depressão	0,74	<0,001	0,5	0,5	0,5
TODOS IC	0,79	<0,001	0,75	0,75	0,87

IVC – Índice de Validade de Conteúdo; TODOS IC – Todos os indicadores clínicos.

Tabela 3 – Validade dos fatores etiológicos do Diagnóstico de Enfermagem “rede social de apoio inadequada” -Recife, PE, Brasil, 2018.

Fatores etiológicos	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	
Baixa densidade da rede social	0,3	<0,001	1,00	1,00	1,00
Rede social de tamanho menor	0,49	<0,001	1,00	1,00	1,00
Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Impessoalidade nas relações entre profissional de saúde e paciente	0,51	<0,001	1,00	0,88	1,00
Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	0,53	<0,001	1,00	0,88	1,00
Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00
Déficit de profissionais da saúde	0,49	<0,001	1,00	0,88	1,00
Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária	0,41	<0,001	1,00	1,00	1,00
Demanda excessiva de apoio	0,26	<0,001	1,00	1,00	1,00
Receio da pessoa em busca de apoio	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Desconfiança da competência do outro	0,5	<0,001	1,00	1,00	1,00
Falta de sociabilidade	0,22	<0,001	1,00	1,00	1,00
Recusa do apoio	0,22	<0,001	1,00	1,00	1,00
Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Isolamento social	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Mudança de domicílio	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00
Diferenças culturais	0,22	<0,001	1,00	1,00	1,00
Centralização da responsabilidade pelo cuidado	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00
Restrição da atuação de algum membro da rede social	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Displícência no papel de apoiador	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00
Déficit de laços fortes	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Laços desfeitos	0,26	<0,001	1,00	1,00	1,00
Laços geradores de dependência	0,34	<0,001	1,00	1,00	1,00
Falta de reconhecimento do apoio oferecido	0,41	<0,001	1,00	1,00	1,00
Falta de reciprocidade ao apoio recebido	0,34	<0,001	1,00	1,00	1,00
Indisposição para apoiar	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00
Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	0,49	<0,001	1,00	0,88	1,00
Rede social de tamanho maior	0,65	<0,001	0,88	0,75	1,00
Problemas de saúde mental	0,61	<0,001	0,88	0,63	1,00
Consumo dos recursos da pessoa	0,6	<0,001	0,88	0,75	1,00
Eventos inesperados	0,63	<0,001	0,88	0,75	1,00
Alto grau de complexidade das organizações	0,73	<0,001	0,75	0,50	0,87
TODOS FE	0,73	<0,001	0,87	0,87	0,88

IVC – Índice de Validade de Conteúdo; TODOS FE – Todos os fatores etiológicos.

no título de alguns indicadores. Foram sugeridas e acatadas as modificações dos títulos: “Pouco apoio social” para “Apoio social diminuído”; “Encorajamento de comportamentos negativos” para “Estímulo a comportamentos negativos”; e “Subestimação da autoeficácia da pessoa” para “Subestimação da autoeficácia”.

As definições conceituais e/ou operacionais foram ajustadas nos indicadores: Apoio social diminuído, Desvalorização do apoio recebido, Sentimento de abandono, Apoio emocional diminuído, Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde,

Subestimação da autoeficácia da pessoa e Sobrecarga do cuidador principal.

Em relação aos fatores etiológicos, foram realizadas sugestões para alteração de um título, as quais foram acatadas, a saber: “Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede” para “Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais”. Também foram alteradas as definições conceituais e/ou operacionais dos seguintes fatores: Rede social de tamanho menor, Comprometimento insuficiente dos profissionais da

saúde, Diferenças culturais, Falta de reconhecimento do apoio oferecido e Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa.

As alterações realizadas nas definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos e dos fatores etiológicos, em decorrência da avaliação qualitativa pelos juízes, foram de caráter textual, e contribuíram para o aprimoramento da clareza e precisão dos elementos. Tais modificações foram concentradas especialmente nas definições operacionais, para que estas exprimissem um único conceito, e na troca de alguns verbos por outros que representassem ações passíveis de serem verificadas no momento da validação clínica do DE.

DISCUSSÃO

Neste estudo, utilizou-se a abordagem da sabedoria coletiva, a qual pressupõe que, independentemente do nível de expertise, o juiz pode cometer erros de julgamento clínico, que são minimizados pela diversidade preditiva⁽⁵⁾. Assim, a opinião dos juízes, associada à capacidade de discernimento dos autores para acatar as sugestões, viabiliza a apresentação de uma estrutura teórica coesa decorrente da colaboração dos juízes, que não participaram da construção inicial, mas que infundiram suas percepções durante o processo de validação descrito.

Destaca-se que todo o processo de desenvolvimento de novos DE contribui para o fortalecimento da ciência da enfermagem, ao passo que amplia o espectro da catalogação dos fenômenos de interesse⁽⁴⁾, tais como a rede social de apoio inadequada. Nesse sentido, o reconhecimento do potencial de interferência das relações interpessoais no processo saúde-doença, bem como a elaboração de terminologia padronizada, configura a conexão da enfermagem com tal temática.

O título proposto para o DE “rede social de apoio inadequada” tem seu alicerce no fenômeno de enfermagem da ineficácia da rede social de apoio, que muitas vezes contribui para dificuldades no alcance de bons resultados de saúde^(1,2). As pessoas, as famílias e as coletividades estão inseridas em redes com problemas em sua estrutura, com poucos integrantes, relações estabelecidas em vínculos frágeis ou desfeitos, integrantes que não desempenham a função de apoiadores, imersão em um meio de tensões e excesso de interações negativas⁽²⁾.

Diante disso, a nova definição construída com base nas sugestões dos juízes abrange o fenômeno de enfermagem Ineficácia da rede social de apoio em sua totalidade, desde as nuances das redes primária e secundária até a incompetência em cumprir a função de apoio. A oferta de apoio social representa a principal missão da rede⁽¹⁾. Portanto, a definição do fenômeno representativo de sua ineficácia deve considerar as dificuldades no desempenho dessa função.

Indicadores clínicos como “Sentimento de abandono” e “Desvalorização do apoio recebido” podem ser evidenciados pelo enfermeiro na própria pessoa a quem se presta o cuidado, como acontece no caso de mulheres que vivenciam a amamentação pela primeira vez. As nutrizes podem se sentir abandonadas ao se deparar com serviços indisponíveis ou assistência à saúde vinculada exclusivamente ao modelo biomédico, permeada por excesso de julgamentos, em detrimento das relações sociais, o que ocasiona a falta do sentimento de pertencer e a sensação de não ter com quem contar, uma vez que a pessoa deixa de

frequentar os serviços de saúde nos quais não se sente acolhida, e isso contribui para a manutenção do sentimento de abandono. A desvalorização do apoio recebido, por sua vez, se manifesta em situações nas quais o apoio ofertado pela rede social de apoio é autoritário e discrepante do esperado⁽⁸⁾.

Para esses indicadores, foram sugeridas alterações nas definições conceituais e/ou operacionais, as quais proporcionaram o aprimoramento da inteligibilidade dos indicadores, com uso de vocabulário frequente e padronizado na taxonomia NANDA-I, bem como eliminação de redundâncias, essencial para a precisão comunicativa e uma assistência de enfermagem sem riscos⁽⁹⁾.

O aprimoramento da descrição de apoio instrumental no indicador clínico “Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde” garantiu a clareza desse componente. A ajuda direta de natureza prática pode ser traduzida em ações e materiais para resolução dos problemas apresentados pela rede que facilitam a realização de tarefas⁽¹⁰⁾. Esse tipo de apoio, proveniente dos serviços de saúde nos quais a enfermagem está inserida, tem relevância especial para pessoas em situação de vulnerabilidade, como observado em estudo com idosos japoneses no qual aqueles que receberam apoio instrumental eram menos propensos a apresentar necessidades de saúde não satisfeitas⁽¹¹⁾; ou pessoas que se encontram geograficamente distantes de seus apoiadores, conforme estudo conduzido com imigrantes irlandeses residentes em Londres, o qual demonstrou que os imigrantes que puderam contar com pelo menos três pessoas e receberam apoio nos momentos de crise tiveram maior propensão a uma boa autoavaliação de saúde⁽¹²⁾.

O fator etiológico “Rede social de tamanho menor” evidencia a existência de poucos membros, os quais são responsáveis pela oferta de todo o apoio essencial. Essas redes costumam ser caracterizadas por poucos familiares, amigos, vizinhos e baixa participação social. A quantidade limitada de membros na rede costuma deteriorar a disponibilidade de apoio^(13,14) e, assim como muitas características sociais, deve ser investigada pelos enfermeiros com base na percepção da pessoa, recomendação incluída na definição operacional.

A alteração na definição operacional do fator etiológico “Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde”, com a inclusão da expressão “relato de” tornou este elemento passível de avaliação, com vistas a identificar a sua presença ou ausência. O profissional da saúde, em especial o enfermeiro, deve se reconhecer como integrante da rede social de apoio da pessoa, sendo corresponsável pelo cuidado e mobilização dos demais membros da rede para atendimento das demandas⁽⁸⁾. No entanto, a possível falta de envolvimento torna a rede já desarticulada ainda mais inadequada e reforçadora de estigmas⁽¹⁵⁾.

A adição dos termos “hábitos e crenças” na definição do fator etiológico “Diferenças culturais” contribuiu para explicar com mais exatidão o que se entende por cultura. A falta de sensibilidade cultural e de respeito às diferenças que permeia a interação e comunicação sem finalidade de apoio pressupõe a ineficácia da rede social de apoio, a qual se reflete em pessoas e grupos sociais que recebem apoio insuficiente e estão expostos a maiores riscos de saúde⁽¹³⁾.

A “Falta de reconhecimento do apoio oferecido” representa situações nas quais acontece a oferta do apoio por parte dos membros da rede, no entanto este não é identificado pela pessoa.

A percepção do apoio oferecido em diferentes contextos resulta na satisfação com a vida e gratidão para com os que o ofertam⁽¹⁶⁾. Isso impulsiona a reciprocidade, cuja falta representa pouca mutualidade nas relações, que se transformam em via de mão única e contribuem para a estafa dos apoiadores.

Essas relações devem ser investigadas pelos enfermeiros na prática clínica, assim como o “Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa”. As competências são conjuntos de conhecimentos e habilidades, que, por sua vez, são qualidades necessárias para o desempenho de determinada atividade⁽¹⁷⁾. Os membros da rede social de apoio necessitam ter algum tipo de habilidade para ofertar a ajuda oportuna às necessidades pontuais da pessoa; portanto, “habilidade” é o termo mais apropriado, em detrimento de “competência”.

A descrição do processo de validação do conteúdo do DE “rede social de apoio inadequada” instrumentaliza os enfermeiros para conhecer o procedimento para concepção de cada um de seus elementos. Assim, é possível compreender melhor e deixar mais claro como a rede social de apoio inadequada se manifesta, e traduzir esse conhecimento em raciocínio diagnóstico dos enfermeiros nos diferentes contextos de cuidado à pessoa, família e coletividade.

Ressalta-se que este estudo apresenta como limitação a composição da amostra com predominância de pessoas do sexo feminino e de docentes. Ademais, houve pouca variabilidade regional entre os juízes participantes.

Como avanços para a área de enfermagem, tem-se que o DE “rede social de apoio inadequada” reflete o domínio profissional da enfermagem, ao apresentar os antecedentes e os consequentes do fenômeno, que acomete pessoas em variadas situações, em especial nos momentos de necessidade. A ampliação do foco de atenção à coletividade representada pela rede social de apoio contribui para a melhoria da assistência do enfermeiro, que passa a envolver os contatos interpessoais nas ações de cuidado do enfermeiro e na educação em saúde.

CONCLUSÃO

O DE “rede social de apoio inadequada” reúne adequadas evidências de validade de conteúdo e foi aceito para inclusão na Classificação de Diagnósticos da taxonomia da NANDA-I (2024-2026). As sugestões dos juízes foram fundamentais para reformulação da definição do diagnóstico, bem como para adequações quanto à clareza e precisão das definições conceituais e operacionais dos 19 indicadores clínicos e 27 fatores etiológicos considerados relevantes.

Este novo DE promoverá o desenvolvimento de intervenções de enfermagem com a integração de todos os membros da rede social de apoio, para a obtenção de resultados fundamentados na autonomia e corresponsabilidade dos membros da rede. Recomenda-se que pesquisas clínicas sejam realizadas com a finalidade de identificar o DE “rede social de apoio inadequada” em populações suscetíveis e em diferentes cenários.

RESUMO

Objetivo: Avaliar evidências de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “rede social de apoio inadequada”. **Método:** Estudo metodológico do tipo validação de conteúdo, realizado com 23 juízes que avaliaram a adequação do título, da definição, da classe e do domínio do diagnóstico de enfermagem “rede social de apoio inadequada”. Os juízes também avaliaram a relevância de 28 indicadores clínicos e de 32 fatores etiológicos, os quais foram considerados válidos quando o Índice de Validade de Conteúdo foi $\geq 0,9$. **Resultados:** Os juízes concordaram com o título proposto e sugeriram alterações na definição do diagnóstico de enfermagem. Recomendaram a sua inserção no Domínio 7 – “Papéis e relacionamentos” e na Classe 3 – “Desempenho de papéis” da taxonomia da NANDA-I. Ademais, 19 indicadores clínicos e 27 fatores etiológicos foram considerados relevantes. **Conclusão:** O diagnóstico de enfermagem “rede social de apoio inadequada” teve sua estrutura teórica validada quanto ao conteúdo, a qual pode subsidiar a prática do enfermeiro na operacionalização do Processo de Enfermagem.

DESCRIPTORIOS

Apoio Social; Diagnóstico de Enfermagem; Estudo de Validação; Rede Social; Processo de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las evidencias de la validez de contenido del diagnóstico de enfermería “red de apoyo social inadecuada”. **Método:** Estudio metodológico de tipo validación de contenido, realizado con 23 jueces que evaluaron la adecuación del título, definición, clase y dominio del diagnóstico de enfermería “red de apoyo social inadecuada”. Los jueces también evaluaron la pertinencia de 28 indicadores clínicos y 32 factores etiológicos, que se consideraron válidos cuando el Índice de Validez de Contenido fue $\geq 0,9$. **Resultados:** Los jueces estuvieron de acuerdo con el título propuesto y sugirieron cambios en la definición del diagnóstico de enfermería. Recomendaron su inclusión en el Dominio 7 – “Roles y relaciones” y en la Clase 3 – “Desempeño de roles” de la taxonomía NANDA-I. Además, se consideraron relevantes 19 indicadores clínicos y 27 factores etiológicos. **Conclusión:** El diagnóstico de enfermería “red de apoyo social inadecuada” tuvo su estructura teórica validada en términos de contenido, lo que puede apoyar la práctica del personal de enfermería en la operacionalización del Proceso de Enfermería.

DESCRIPTORIOS

Apoio Social; Diagnóstico de Enfermería; Estudio de Validación; Red Social; Proceso de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Wu F, Sheng Y. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: a pathway analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;85:103934. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934>. PubMed PMID: 31466024.
2. França MS, Lopes MVO, Frazão CMFQ, Guedes TG, Linhares FMP, Pontes CM. Characteristics of ineffective social support network: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20170303. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170303>. PubMed PMID: 30365757.
3. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):186-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900026>
4. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.

5. Lopes MV, Silva VM, Araújo TL. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: Herdman TH, editor. *Pronanda*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 87–132.
6. Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer Publishing Company; 2009. 528 p. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/9780826125453>
7. Diniz CM, Lopes MVO, Nunes MM, Menezes AP, Silva VM, Leal LP. A content analysis of clinical indicators and etiological factors of ineffective infant feeding patterns. *J Pediatr Nurs*. 2020;52:e70–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2020.01.007>. PubMed PMID: 32008831.
8. Taylor AM, van Teijlingen E, Ryan KM, Alexander J. ‘Scrutinised, judged and sabotaged’: a qualitative video diary study of first-time breastfeeding mothers. *Midwifery*. 2019;75:16–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.004>. PubMed PMID: 30981161.
9. Zhang T, Wu X, Peng G, Zhang Q, Chen L, Cai Z, et al. Effectiveness of standardized nursing terminologies for nursing practice and healthcare outcomes: a systematic review. *Int J Nurs Knowl*. 2021;32(4):220–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12315>. PubMed PMID: 33580632.
10. Schultz BE, Corbett CF, Hughes RG. Instrumental support: a conceptual analysis. *Nurs Forum*. 2022;57(4):665–70. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12704>. PubMed PMID: 35133664.
11. Higuchi M, Suzuki K, Ashida T, Kondo N, Kondo K. Social support and access to health care among older people in Japan: Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *Asia Pac J Public Health*. 2018;30(5):425–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1010539518786516>. PubMed PMID: 30066571.
12. Moore J. Perceived functional social support and self-rated health: the health promoting effects of instrumental support for the Irish community in London. *J Immigr Minor Health*. 2019;21(5):1004–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-018-0831-5>. PubMed PMID: 30382487.
13. Moreton J, Kelly CS, Sandstrom GM. Social support from weak ties: insight from the literature on minimal social interactions. *Soc Personal Psychol Compass*. 2023;17(3):e12729. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/spc3.12729>
14. Dungan JA, Munguia Gomez DM, Epley N. Too reluctant to reach out: receiving social support is more positive than expressers expect. *Psychol Sci*. 2022;33(8):1300–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/09567976221082942>. PubMed PMID: 35802611.
15. Fraser S, Moore D, Farrugia A, Edwards M, Madden A. Exclusion and hospitality: the subtle dynamics of stigma in healthcare access for people emerging from alcohol and other drug treatment. *Sociol Health Illn*. 2020;42(8):1801–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.13180>. PubMed PMID: 33047857.
16. Schilz L, Kemna S, Karnouk C, Böge K, Lindheimer N, Walther L, et al. A house is not a home: a network model perspective on the dynamics between subjective quality of living conditions, social support, and mental health of refugees and asylum seekers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58(5):757–68. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-022-02419-3>. PubMed PMID: 36633630.
17. Ng LK. The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: a research study. *Nurse Educ Today*. 2020;85:104302. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104302>. PubMed PMID: 31810027.

EDITOR ASSOCIADO

Márcia Regina Cubas

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código do Financiamento 001.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.