










Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal*

Content validity of the nursing diagnosis *powerlessness* in women during natural childbirth
Validación de contenido del diagnóstico de enfermería *sentimiento de impotencia* en mujeres durante el parto normal

Como citar este artigo:

Apolônio FR, Pontes CM, Perrelli JGA, Sousa SMA, Mendes RCMG, Manguieira SO, Linhares FMP. Content validity of the nursing diagnosis *powerlessness* in women during natural childbirth. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20210198. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0198>

-  Fernanda Rocha Apolônio¹
-  Cleide Maria Pontes¹
-  Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli¹
-  Santana de Maria Alves de Sousa²
-  Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes¹
-  Suzana de Oliveira Manguieira¹
-  Francisca Márcia Pereira Linhares¹

ABSTRACT

Objective: To validate the content of the nursing diagnosis *powerlessness* in women during natural childbirth. **Method:** A nursing diagnosis content validation, in which 29 experts analyzed the definition of *powerlessness* and assessed the relevance of related factors, populations at risk, associated conditions and defining characteristics. These elements were considered relevant when the Content Validity Index was greater than or equal to 0.9. **Results:** Experts considered the definition resulting from the concept analysis more appropriate for the diagnosis under study. Regarding the assessment of diagnostic elements, 10 related factors, two populations at risk, three associated conditions and 10 defining characteristics were considered relevant. **Conclusion:** The new definition for *powerlessness* and 25 elements have been validated by experts. These can support the operationalization of the Nursing Process for parturient women.

DESCRIPTORS

Nursing Diagnosis; Validation Studies; Natural Childbirth; Labor Presentation.

* Extraído da dissertação: "Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal", Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.

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

² Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Luís, MA, Brasil.

Autor correspondente:

Fernanda Rocha Apolônio
Avenida Professor Moraes Rego,
1235, Cidade Universitária
50670-901 – Recife, PE, Brasil
fernanda.apolonio@hotmail.com

Recebido: 27/04/2021
Aprovado: 31/08/2021

INTRODUÇÃO

O parto normal é um momento marcante na vida de muitas mulheres, pois permite a expressão de emoções, como o sentimento de impotência. É necessário que a assistência às parturientes seja fundamentada em evidências científicas, de modo a favorecer o protagonismo da mulher e a evitar este sentimento. Essa assistência pode ser realizada pelos enfermeiros por meio da implementação do Processo de Enfermagem (PE)⁽¹⁾.

Dentre as cinco etapas do PE, destaca-se o diagnóstico de enfermagem (DE), o qual pode ser identificado por meio da operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A partir da identificação do DE, é possível planejar uma assistência qualificada⁽²⁻³⁾.

A Taxonomia da NANDA (2018–2020) recomenda que os DE sejam validados, com a finalidade de aperfeiçoar a linguagem de enfermagem e melhorar a assistência à saúde aos indivíduos⁽²⁾. Esse tipo de pesquisa contribui para a construção de conhecimentos teórico-conceituais e para o aprimoramento, aperfeiçoamento e legitimação dos diagnósticos⁽⁴⁻⁵⁾.

Os estudos de validação de DE, no Brasil, são recentes e empregam geralmente três etapas: análise de conceito, validação de conteúdo por especialistas e validação clínica⁽⁵⁾. Na validação de conteúdo, mede-se o grau de concordância dos especialistas quanto à relevância dos elementos do DE⁽⁴⁾.

Ademais, a validação de conteúdo por especialistas oportuniza a atualização dos elementos do DE, no intuito de produzir conhecimentos para nortear a tomada de decisão clínica, sobretudo para a implementação de intervenções de enfermagem que sejam específicas e efetivas em diversos cenários de atuação do enfermeiro, a exemplo do contexto do parto normal^(2,4).

O DE *sentimento de impotência* foi inserido na Taxonomia da NANDA-I em 1982⁽²⁾ e pode estar presente nas mulheres durante o parto normal, uma vez que o protagonismo e a efetivação dos direitos destas, por vezes, são afetados^(1,5-6). Esse sentimento corresponde à falta de poder, à impossibilidade física/moral e à falta de controle sobre uma situação, e é reconhecido como uma resposta humana passível de intervenção de enfermagem^(2,7).

Apesar de constar na Taxonomia da NANDA-I há muito tempo, esse DE ainda não foi validado no contexto do parto normal, sendo necessária a realização desta pesquisa, a qual visa contribuir com a atualização dos elementos do DE por meio da realização de ajustes, com vistas a apoiar efetivamente a identificação do diagnóstico e as intervenções de enfermagem voltadas à promoção da saúde da parturiente, bem como subsidiar a assistência da enfermagem obstétrica. Assim, este estudo objetivou validar o conteúdo do DE *sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Validação de conteúdo por especialistas do DE *sentimento de impotência*, realizada em 2019, com a finalidade

de avaliar o conteúdo da definição do diagnóstico e a relevância dos antecedentes (fatores relacionados, populações em risco e condições associadas) e consequentes (características definidoras), identificados em estudo anterior acerca da análise do conceito “sentimento de impotência” em mulheres durante o parto normal⁽⁸⁾.

POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por enfermeiros (com experiência acadêmica e/ou experiência prática em DEs e/ou em obstetrícia) e por psicólogos. O recrutamento dos especialistas se deu por meio da Plataforma *Lattes* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando os termos “validação de diagnósticos de enfermagem”, “enfermagem obstétrica” e “mulheres em trabalho de parto”. As buscas também foram realizadas no universo relacional da pesquisadora e foi utilizada a técnica *snowball*, no qual foi solicitado aos especialistas a indicação de outros.

Para a classificação dos juízes, foi realizado o cálculo do nível de expertise, representado pela fórmula $N = (X + Y + Z)/3$, em que X corresponde ao tempo de prática, Y corresponde ao tempo de grupo de pesquisa e Z corresponde ao conhecimento científico (titulação, trabalho de titulação e produção científica na área de DE e/ou obstetrícia)⁽⁹⁾.

Os especialistas foram classificados em: novato (valor de $N = 1$), iniciante avançado (valor de $N = 2$), competente (valor de $N = 3$), proficiente (valor de $N = 4$) e *expert* (valor de $N = 5$). Ressalta-se que o cálculo foi feito para fim de nivelamento e não foi utilizado como critério de inclusão e exclusão.

Para os valores de X , Y e Z , foram atribuídas as seguintes regras: tempo de prática de 0 anos ($x = 0$); tempo de grupo de pesquisa de 0 anos ($y = 0$); graduação, mas sem trabalho de titulação na área do estudo ou produção científica na área do estudo ($z = 0$)⁽⁹⁾.

A prática de 1–7 anos apresentou o valor ($x = 1$); tempo de grupo de pesquisa de 0–3 anos, ($y = 1$); ser especialista, com trabalho de titulação na área do estudo ou com produção científica na área do estudo, ($z = 1$)⁽⁹⁾.

Quando o especialista tinha tempo de prática de 8–14 anos, obteve-se ($x = 2$); tempo de grupo de pesquisa de 4–6 anos, ($y = 2$); ser mestre, com trabalho de titulação na área do estudo ou com produção científica na área do estudo, ($z = 2$). Quando tinha tempo de prática de 15–21 anos, obteve-se ($x = 3$); tempo de grupo de pesquisa de 7–9 anos, ($y = 3$); doutor com trabalho de titulação na área do estudo ou com produção científica na área do estudo, ($z = 3$)⁽⁹⁾.

Para o tempo de prática de 22–28 anos, obteve-se ($x = 4$) e tempo de grupo de pesquisa de 10–13, ($y = 4$). Ademais, para o tempo de prática de 29 anos ou mais, ($x = 5$) e tempo de grupo de pesquisa de 14 anos ou mais, ($y = 5$)⁽⁹⁾.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros com experiência acadêmica e/ou experiência prática com a temática de DE e/ou obstetrícia. Também foram incluídos psicólogos devido à aproximação com a temática “sentimento

de impotência”. Foram excluídos os especialistas que não responderam a carta convite e os que responderam o instrumento com preenchimento inadequado.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A definição do tamanho da amostra foi baseada na estimativa do cálculo da média das avaliações para cada elemento a ser analisado, com o uso da seguinte fórmula⁽⁴⁾:

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

A amostra mínima totalizou 23 especialistas, tendo como parâmetros estabelecidos nível de confiança ($Z_{1-\alpha/2}$) de 95%, desvio-padrão (S) de 0,17 e erro amostral (e) de 0,07. Salienta-se que este estudo teve seis respostas a mais, portanto, a amostra final foi composta por 29 especialistas (23 enfermeiros e seis psicólogos).

COLETA DE DADOS

Os especialistas foram convidados a participar do estudo por meio de uma carta convite, enviada por correio eletrônico, com informações acerca do objetivo e a metodologia da pesquisa, e com orientações sobre o instrumento e como este deveria ser preenchido.

Aos que responderam a carta com aceite para participação no estudo, foram enviados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento. Foi solicitado aos especialistas que respondessem os instrumentos em um prazo máximo de 20 dias. Após a data estabelecida, os que não responderam foram contatados novamente com um novo prazo de 15 dias para responderem o instrumento. Os que não responderam neste prazo foram excluídos da pesquisa.

A primeira parte do instrumento continha perguntas acerca do perfil do especialista (profissão, sexo, região de trabalho, ocupação atual e titulação). Na segunda, constavam os elementos a serem avaliados do DE em estudo, a saber: definição, fatores relacionados, populações de risco, condições associadas, características definidoras, bem como as definições conceituais e operacionais de cada item.

Assim, os especialistas analisaram, quanto à concordância, três definições para o DE em questão: Definição 1 – atribuída pela Taxonomia da NANDA-I (2018–2020) e Definições 2 e 3 – construídas pelos pesquisadores por meio dos atributos do *sentimento de impotência*, identificados na análise de conceito⁽⁸⁾. Os especialistas poderiam trazer sugestões, observações ou considerações acerca das definições apresentadas.

Além disso, analisaram a relevância dos antecedentes e consequentes por meio de uma escala tipo Likert, em que a pontuação variou de 1 a 5 (discordo totalmente (1); discordo parcialmente (2); nem concordo nem discordo (3); concordo parcialmente (4); concordo totalmente (5)).

Destaca-se que a lista dos antecedentes e consequentes continha os elementos (fatores relacionados, características definidoras, populações em risco e condições associadas) evidenciados na análise do conceito “sentimento de impotência”. Dos 12 fatores relacionados evidenciados, apenas três constam na Taxonomia da NANDA-I

(2018–2020) – ambiente institucional disfuncional, ansiedade e dor, e nove são itens novos⁽⁸⁾.

Para as populações em risco e condições associadas, foram evidenciadas três e cinco novas propostas, respectivamente. Quanto às 10 características definidoras, três estão na Taxonomia da NANDA-I (2018–2020), com outras nomenclaturas – sensação de perda do controle, dependência da tomada de decisões e sentimento de frustração, sendo sete itens propostas novas⁽⁸⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel 2010 e analisados no programa SPSS, versão 21.0 e pelo *software R*, versão 3.2.0. Foram apresentadas estatísticas descritivas por meio do cálculo das frequências (relativas e absolutas) para as variáveis categóricas, e para as variáveis numéricas, foram apresentadas média, mediana e desvio padrão.

A análise do julgamento dos especialistas foi realizada por meio de uma escala tipo Likert, elaborada em níveis, na qual, para cada alternativa, foi atribuído um peso diferente, a saber: 1 equivale a 0; 2 equivale a 0,25; 3 equivale a 0,5; 4 equivale a 0,75; e 5 equivale a 1.

Foi verificada a normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. Devido à não normalidade, foi calculada a mediana ponderada das avaliações. A análise do especialista foi ponderada por seu nível de expertise. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado por meio do modelo da diversidade preditiva.

Foram apresentados intervalos de confiança (IC) de 95% e o teste de Wilcoxon. Esse teste considerou o $IVC \geq 0,9$ como valor de referência. Ressalta-se que, quando o p-valor do teste foi $> 0,05$, os itens julgados pelos especialistas foram considerados relevantes. Quando o p-valor foi $< 0,05$, foram considerados irrelevantes e excluídos.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo obedeceu às diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob Parecer nº 3.373.636, em 2019. O TCLE foi enviado por e-mail aos participantes para obtenção do consentimento por meio da assinatura dos mesmos em duas vias.

RESULTADOS

Os especialistas foram 23 enfermeiros obstetras (69,0%) e seis psicólogos (20,7%). Quanto ao sexo, 27 eram mulheres (93,1%) e 25 moram na Região Nordeste (86,2%). No que diz respeito à titulação, 14 são especialistas (48,3%), 11 mestres (37,9%) e quatro são doutores (13,8%). Dentre os especialistas, 12 atuam na assistência (41,48%), 12 atuam na assistência e docência simultaneamente (41,4%) e cinco atuam apenas na docência (17,2%).

Em relação ao nível de expertise, a maioria foi classificada como nível 2 – iniciante avançado (44,8%). Na sequência, foram classificados em especialistas do nível 3 – competente (17,2%), nível 4 – proficiente (10,3%) e nível 5 – expert (6,9%).

Foram excluídos os fatores relacionados expectativas irreais e ser profissional de saúde. Ambos se justificam pela incompreensão do termo e da associação ao diagnóstico. Ademais, alguns especialistas consideraram “ser profissional de saúde” como fator de proteção devido ao conhecimento inerente. Assim, as pesquisadoras acataram a exclusão, visto que o item está sob o respaldo de poucas evidências (Tabela 1).

O item *extremos de idade* (adolescentes e mulheres com mais de 35 anos) foi refutado pelos especialistas, visto que os mesmos discordaram de que o fator idade pode influenciar em tornar a mulher mais suscetível a desenvolver sentimento de impotência. Essas mulheres têm suas gestações consideradas de alto risco e este fator foi considerado como

Tabela 1 – Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal – Recife, PE, Brasil, 2020.

Fator relacionado*	IVC	IC95%	Teste de wilcoxon		
			V	p-valor	
Violência obstétrica	1,00	1,00	1,00	1891	1,000
Cultura da medicalização	1,00	0,87	1,00	1225	0,545
Conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel	1,00	0,88	1,00	1378	0,860
Comunicação deficiente	1,00	0,88	1,00	1378	0,860
Ansiedade	1,00	1,00	1,00	1711	0,999
Experiências pregressas negativas	1,00	1,00	1,00	1770	1,000
Expectativas irreais	0,87	0,75	0,88	780	0,004
Pré-natal inadequado	0,8	0,75	1,00	1081	0,217
Ambiente institucional disfuncional	0,88	0,87	1,00	1081	0,217
Dor	1,00	1,00	1,00	1653	0,998
Ser profissional de saúde	0,50	0,38	0,50	105	0,000
Medo	1,00	1,00	1,00	2346	1,000

* Teste de Shapiro-Wilk: não normalidade dos dados.
Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2 – Populações em risco e condições associadas para o diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal – Recife, PE, Brasil, 2020.

População em risco*	IVC	IC95%	Teste de wilcoxon		
			V	p-valor	
Extremos de idade	0,75	0,63	0,87	465	0,000
Primiparidade	0,88	0,88	1,00	1176	0,423
Vulnerabilidade social	1,00	0,88	1,00	1275	0,665
Condições associadas*					
Indução do parto	1,00	0,88	1,00	1378	0,860
Distócia	1,00	1,00	1,00	1711	0,999
Analgesia	0,75	0,75	0,87	561	0,000
Depressão	1,00	0,88	1,00	1485	0,962
Gestação múltipla	0,75	0,75	0,87	351	0,000

* Teste de Shapiro-Wilk: não normalidade dos dados.
Fonte: Elaborado pelos autores.

condição associada ao *sentimento de impotência* e incluído nesta classificação (Tabela 2).

A gestação múltipla foi considerada irrelevante, sob o argumento de que a condição de gestar gemelares não está associada ao sentimento de impotência e sim ao fato de se tornar gestante de alto risco. Assim, fortaleceu-se a sugestão de incluir o item *gestação de alto risco*. O uso de analgesia também não foi considerado adequado, mas alguns especialistas corroboraram, ressaltando que a analgesia tem fator protetor para o sentimento de impotência.

Todas as características definidoras para o DE *sentimento de impotência* foram consideradas relevantes, visto que o p-valor foi maior que 0,05 (Tabela 3).

Por meio da identificação dos atributos da análise do conceito “sentimento de impotência”, duas definições foram construídas e sugeridas para o DE, as quais foram analisadas quanto à concordância pelos especialistas (Quadro 1).

Tabela 3 – Características definidoras do diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal – Recife, PE, Brasil, 2020.

Característica definidora*	IVC	IC95%	Teste de wilcoxon		
			V	p-valor	
Dependência na tomada de decisão	1,00	0,87	1,00	1225	0,545
Descrença no próprio corpo	1,00	1,00	1,00	1596	0,994
Sensação de perda de controle	1,00	1,00	1,00	1953	1,000
Passividade às intervenções	1,00	0,88	1,00	1378	0,860
Sentimento de insegurança	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Sentimento de frustração	1,00	0,88	1,00	1485	0,962
Sentimento de fracasso	1,00	0,88	1,00	1275	0,665
Angústia	1,00	1,00	1,00	1540	0,983
Desesperança	1,00	0,88	1,00	1485	0,962
Medo	1,00	1,00	1,00	2346	1,000

* Teste de Shapiro-Wilk: não normalidade dos dados.
Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 1 – Propostas para a definição do diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* – Recife, PE, Brasil, 2020.

Definições
Definição 1: “Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado” ⁽²⁾ . (Taxonomia da NANDA-I 2018–2020)
Definição 2: Experiência emocional de falta de controle sobre uma situação, percepção de que as próprias ações não afetam um resultado, sensação de incapacidade e comprometimento do protagonismo. (Análise de conceito)
Definição 3: Experiência emocional que resulta em sensação de incapacidade, comprometimento do protagonismo e falta de controle sobre a situação vivenciada. (Análise de conceito)

Fonte: Apolônio FR, Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2020.

Tabela 4 – Definição para o diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal – Recife, PE, Brasil, 2020.

Variáveis	N	%
Definição estabelecida pela NANDA-I	3	10,4
Definição 2 sugerida para o DE	9	31,0
Definição 3 sugerida para o DE	17	58,6

Fonte: Apolônio FR, Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *Sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2020.

Em relação às definições do diagnóstico, 58,6% dos especialistas consideraram a definição 3 sugerida para o DE, construída na análise de conceito, como a mais adequada: “Experiência emocional que resulta em sensação de incapacidade, comprometimento do protagonismo e falta de controle sobre a situação vivenciada” (Tabela 4).

Os especialistas concordaram com a definição 3, uma vez que consideraram a estabelecida pela NANDA-I como incompleta. Dessa forma, julgaram esta como a melhor definição para o DE, sem haver necessidades de alterações.

DISCUSSÃO

A maioria dos especialistas é composta por enfermeiros obstetras, os quais são profissionais fundamentais para o cenário da obstetria e apresentam clara compreensão de vivência teórica e prática. Portanto, podem avaliar com a propriedade o contexto da mulher no processo de trabalho de parto e nascimento⁽¹⁰⁾.

Os especialistas consideraram a definição do DE *sentimento de impotência* proposta pela Taxonomia da NANDA-I (2018–2020)⁽²⁾ como menos abrangente, em comparação com a sugerida neste estudo, que incluiu o termo “protagonismo”, que ocorre por meio do conhecimento das gestantes sobre as decisões, possibilidades e direitos. O desenvolvimento deste nem sempre é automático, por isso existe a necessidade de ações estratégicas para sua obtenção⁽¹⁰⁾.

A definição da NANDA-I traz que o sentimento de impotência corresponde a uma experiência vivida⁽²⁾, enquanto que a proposta que foi melhor avaliada pelos especialistas considera que este sentimento se refere a uma experiência emocional. Ademais, a taxonomia traz que essa experiência é de falta de controle⁽²⁾. Já esta pesquisa propõe que a experiência, por envolver o contexto emocional, resulta nessa falta, além de ocasionar a sensação de incapacidade.

Para que a mulher se sinta capaz e no controle da situação vivenciada e não apresente sentimento de impotência, as ações educativas são fatores relevantes, uma vez que proporcionam confiança e harmonia na relação entre profissional e gestante, reduzindo a subordinação e favorecendo a autonomia das mulheres⁽¹¹⁾.

Dentre os fatores que foram considerados relevantes pelos especialistas, destaca-se a violência obstétrica. Essa é conceituada como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitável que está diretamente relacionada à relação de poder que circunda o parto, abrangendo uma

série de ocorrências no ciclo gravídico-puerperal que podem ser de caráter físico, psicológico ou sexual⁽¹²⁾.

Recentemente, no Brasil, houve discussões acerca do termo violência obstétrica. O Ministério da Saúde (MS) publicou uma nota técnica em que defendia abolir o uso do termo em políticas públicas e normas, motivado por pedido de entidades médicas que alegaram estigmatização da profissão. Após intervenção do Ministério Público e da população, a nota foi revogada e o MS passou a recomendar que a violência obstétrica seja combatida com firmeza⁽¹³⁾.

Toda essa movimentação incorporou importância à discussão e gerou conhecimento às mulheres⁽¹⁴⁾. Nenhum dos especialistas deslegitimou o termo e todos o consideraram um fator relacionado ao surgimento do sentimento de impotência, além de relatarem que a violência obstétrica está relacionada a outros componentes do diagnóstico.

Outro item considerado adequado foi a cultura da medicalização, que faz recordar que o parto é um fenômeno que sofre modificações de acordo com a sociedade em que está inserido. O cenário obstétrico atual do Brasil reflete uma institucionalização dos saberes práticos associados ao parto e procedimentos invasivos, muitas vezes dispensáveis e potencialmente iatrogênicos, que resultam na perda da autonomia feminina⁽¹⁴⁾.

Em relação ao conhecimento insuficiente, o mesmo é visto nas gestantes que apresentam comportamento inadequado e pouca participação no cuidado. Os especialistas consideraram esse item relevante. De fato, nenhuma mulher deveria chegar ao momento do parto sem conhecer bem o fenômeno a ser vivenciado e sem ter feito escolhas no tempo de preparo⁽¹⁵⁾.

Os especialistas também analisaram como relevante o item pré-natal inadequado e citaram a importância da educação em saúde nessa fase da vida da mulher e da sua família. Um especialista da pesquisa abordou que o pouco conhecimento compromete a autonomia e protagonismo da mulher, levando-a ao sentimento de impotência. Essas informações reforçam o fato de que um pré-natal inadequado pode levar a sentimentos como este.

O termo “pré-natal” vem de preparo para o nascimento e, por isso, deve oferecer todo um suporte e direcionamento para que este seja muito bem preparado. Devem-se levar em consideração as necessidades, os anseios e as particularidades de cada mulher gestante a partir da relação dialógica, escuta qualificada, observação e estratégias educativas, enaltecendo-as como protagonistas do processo⁽¹⁶⁾.

A ocorrência do sentimento de impotência também mostrou relação com as experiências vividas anteriormente com desfechos emocionais negativos, pois essas podem gerar impacto sobre vivências atuais⁽¹⁷⁾. Uma mulher que vivencia um parto como experiência negativa levará esta marca para o próximo parto e isso poderá acarretar na exacerbação de diversos sentimentos, com prejuízo ao momento do nascimento, caso não seja ressignificado.

Em contraponto, estudos dentro dessa temática exibem referências de mulheres que foram impulsionadas a procurar modelos alternativos de assistência para si após experiências obstétricas ruins e contato com histórias de terceiros que não

foram satisfatórias às suas expectativas. Em outras pesquisas, também emerge que o descontentamento com os cuidados oferecidos nos hospitais impulsionou as gestantes a se informar melhor na experiência atual⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Pode-se compreender que, apesar das experiências pregressas negativas – pessoais e de influências – serem relacionadas ao sentimento de impotência, também é possível utilizar essas vivências em favor de uma escolha diferente por parte das mulheres. Para tal, será necessário conhecer e vislumbrar um novo leque de possibilidades que, possivelmente, lhes será apresentada pelo profissional de saúde com quem tem maior contato. Nesse âmbito, destacam-se, mais uma vez, as estratégias educativas e a assistência holística⁽¹⁰⁾.

Além desses, a comunicação deficiente e o ambiente institucional disfuncional foram identificados como fatores relacionados passíveis de minimização pelo profissional de saúde. Um dos meios efetivos de comunicação da gestante com o profissional nesse contexto foi o uso do plano de parto (PP)⁽²⁰⁾.

A utilização do PP é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Trata-se de um documento escrito, de caráter legal, em que as gestantes expressam antecipadamente suas preferências e expectativas referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto⁽²⁰⁾.

O PP considera valores, desejos e necessidades pessoais da gestante, de modo a evitar intervenções indesejadas. Além de propiciar maior controle sobre os eventos do parto, esse planejamento favorece a comunicação entre as mulheres e seus cuidadores, especialmente se estas não conseguem se comunicar efetivamente sob certas circunstâncias, como a de um processo doloroso como o trabalho de parto⁽²⁰⁾.

Quanto à dor, sabe-se que o seu ciclo se dá junto à ansiedade e ao medo – três fatores relacionados ao sentimento de impotência neste estudo. O medo está entre os aspectos que desmotivam o parto normal e a tensão ou ansiedade, sendo muitas vezes intensificada no terceiro trimestre ao notar-se a aproximação do nascimento⁽²¹⁾. Reconhecer esses sentimentos no contexto de parturição é considerado essencial para o apoio eficaz no enfrentamento do processo de modo positivo, sem sentimento de impotência.

Os especialistas analisaram e validaram todas as características definidoras sugeridas a partir da análise de conceito. Em suas experiências, consideram que o sentimento de impotência traz como consequências a dependência na tomada de decisões e a descrença no próprio corpo. Além disso, gera sensação de perda de controle, torna as mulheres passíveis às intervenções da equipe de saúde e elas demonstram sentimentos como insegurança, angústia, desesperança, sentindo-se recorrentemente frustradas e fracassadas.

Tais situações vivenciadas trazem à história marcas negativas da experiência, que serão, muitas vezes, propagadas a outras gerações, formando um novo ciclo de mulheres que não desenvolveram o empoderamento pessoal e não protagonizam esse momento de suas vidas⁽²²⁾.

Os especialistas desta pesquisa consideram que a crença de que seu corpo é capaz de parir é libertadora para as mulheres e é capaz de livrá-las de muitas situações traumáticas

constantemente relacionadas ao evento do parto pela sensação de controle e capacidade. Dessa forma, sentir-se fora do controle eleva os níveis do hormônio cortisol e da adrenalina ainda no trabalho de parto, pois fazem a ativação do neocórtex. Tal ocorrência é altamente prejudicial ao desfecho do nascimento⁽²³⁾.

Os sentimentos validados pelos especialistas como características definidoras foram: a insegurança, que está relacionada a sentir falta de confiança e sentir-se em risco ou desprotegido; o sentimento de frustração que é a sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado; o sentimento de fracasso que é como um sentimento de perda ou mau êxito na conclusão de um objetivo; a angústia, que se caracteriza como uma sensação psíquica desagradável; e a desesperança, que acontece quando a mulher sente a falta ou a perda da esperança, dando lugar ao desânimo ou ao desespero⁽²⁾.

Estudar sobre os sentimentos não é tarefa fácil, devido ao alto grau de abstração dos termos. Quando se coloca no cenário do parto normal, a subjetividade aumenta exponencialmente. O fato de que sentimentos de diversas origens, inclusive contraditórios e imperceptíveis, perpassam a mulher durante o parto normal, é reconhecido em diversas pesquisas, porém esmiuçá-los e especificá-los a partir da extração do sentido das palavras é uma tarefa complexa⁽²⁾.

Neste estudo, foi necessário utilizar inferência, bem como dicionários de palavras, para compreender quais sentimentos são da mesma origem de significado e poder utilizá-los de forma mais coerente.

Para os especialistas, é clara e legítima a caracterização desses sentimentos como consequências do sentimento de impotência e tudo isto está relacionado diretamente ao comprometimento do protagonismo. O que preocupa é a ausência de empoderamento feminino. Negar a transcendência e abstração deste fenômeno é entregar as mulheres a um cuidado incompleto e acrescer riscos à sua saúde e à do bebê^(19,23).

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

Os achados desta pesquisa contribuem para a implementação de estratégias educativas e prestação de uma assistência humanizada, com a finalidade de minimizar o sentimento de impotência. Espera-se subsidiar a formulação de ações de educação em saúde pelos enfermeiros que atuam com mulheres no ciclo gravídico-puerperal por meio da identificação do DE *sentimento de impotência*.

CONCLUSÃO

Uma nova definição para o diagnóstico em estudo e 25 elementos foram validados pelos especialistas, sugerindo que a Taxonomia da NANDA- I apresenta lacuna. Cinco termos não foram considerados válidos por esta análise: extremos de idade (população em risco), gestação múltipla e analgesia

(condições associadas), expectativas irreais e ser profissional de saúde (fatores relacionados).

Sugere-se ainda a realização da terceira etapa dos estudos de validação de diagnóstico, que consiste na validação clínica, com a finalidade de testar os achados deste estudo com as mulheres durante a vivência parturitiva e subsidiar a prática

assistencial do enfermeiro na sua identificação correta e na implementação de intervenções eficazes. Ademais, já que a definição do DE e os rótulos de alguns dos seus elementos foram modificados, bem como novas propostas foram validadas, os resultados desta pesquisa serão submetidos à Taxonomia da NANDA-I, para possível atualização.

RESUMO

Objetivo: Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* em mulheres durante o parto normal. **Método:** Validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem, no qual 29 especialistas analisaram a definição do diagnóstico *sentimento de impotência* e avaliaram a relevância dos fatores relacionados, populações em risco, condições associadas e características definidoras. Esses elementos foram considerados relevantes quando o Índice de Validade de Conteúdo foi maior ou igual a 0,9. **Resultados:** Os especialistas consideraram a definição resultante da análise de conceito mais apropriada para o diagnóstico em estudo. Em relação à avaliação dos elementos do diagnóstico, 10 fatores relacionados, duas populações em risco, três condições associadas e 10 características definidoras foram consideradas relevantes. **Conclusão:** A nova definição para o diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* e 25 elementos foram validados pelos especialistas. Estes podem subsidiar a operacionalização do Processo de Enfermagem às parturientes.

DESCRITORES

Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação; Parto Normal; Trabalho de Parto.

RESUMEN

Objetivo: Validar el contenido del diagnóstico de enfermería *sentimiento de impotencia* en mujeres durante el parto normal. **Método:** Validación del contenido del diagnóstico de enfermería, en el que 29 expertos analizaron la definición del diagnóstico *sentimiento de impotencia* y evaluaron la relevancia de factores relacionados, poblaciones en riesgo, condiciones asociadas y características definitorias. Estos elementos se consideraron relevantes cuando el Índice de Validez de Contenido fue mayor o igual a 0,9. **Resultados:** Los expertos consideraron más adecuada la definición resultante del análisis de concepto para el diagnóstico en estudio. En cuanto a la evaluación de los elementos diagnósticos, se consideraron relevantes 10 factores relacionados, dos poblaciones en riesgo, tres condiciones asociadas y 10 características definitorias. **Conclusión:** La nueva definición del diagnóstico de enfermería *sentimiento de impotencia* y 25 elementos fueron validados por expertos. Estos pueden apoyar la operacionalización del proceso de enfermería para parturientas.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de Enfermería; Estudios de Validación; Parto Normal; Presentación en Trabajo de Parto.

REFERÊNCIAS

1. Simpson KR, Lyndon A. Consequences of delayed, unfinished, or missed nursing care during labor and birth. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2017;31(1):32-40. DOI: <https://doi.org/10.1097/JPN.000000000000203>.
2. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018- 2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
3. Marcomini EK, Paula NVK, Raimondi DC. Nursing Care Systematization: Applicability to Primary Care. *Acta Sci Health Sci.* 2020;42:e48465. DOI: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v42i1.48465>.
4. Lopes MVO, Silva VM. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem (Ciclo 4). In: Herdman TH, editor. Programa de Atualização em Diagnóstico de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 9-51.
5. Caldeira S, Timmins F, Carvalho EC, Vieira M. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Int J Nurs Knowl.* 2017;28(1):44-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12105>.
6. Lucio KDB, Andriola IC, Tinôco JDS, Fernandes MIDCD, Macedo BM, Cossi MS, et al. Delay in growth in adolescents: Clinical validation of a proposed nursing diagnosis. *J Pediatr Nurs.* 2019;46(1):72-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.009>.
7. Trevisan R, Weiszlog W. Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2015.
8. Apolônio FR. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2020.
9. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics. New York: Springer Publishing Company; 2009.
10. Breman RB, Neerland C. Nursing Support During Latent Phase Labor: A Scoping Review. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2020;45(4): 197-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0000000000000626>.
11. Tiruneh FN, Chuang KY, Chuang YC. Women's autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2017;718. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2670-9>.
12. Curtin M, Savage E, Leahy-Warren P. Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *J Clin Nurs.* 2020;29(10):1744-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15152>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendação n. 024, de 16 de maio de 2019. Interrompa qualquer processo de exclusão da expressão "violência obstétrica" tendo em vista o seu reconhecimento nacional e internacional e a sua utilização pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo governo de vários países e pela sociedade brasileira [Internet]. Brasília; 2019 [citado 21 Abr 21]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>.
14. Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(5):2594-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>.

15. Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairy K. Effectiveness of childbirth education on nulliparous women's knowledge of childbirth preparation, pregnancy anxiety and pregnancy outcomes. *Nurs Midwifery Stud.* 2017:e32526. DOI: <http://dx.doi.org/10.17795/nmsjournal32526>.
16. Khatiwada J, Muzembo BA, Wada K, Ikeda S. Dimensions of women's empowerment on access to skilled delivery services in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;622. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03309-9>.
17. Abd El Aliem RS, Emam AM, Sarhan AEA. Effect of Implementing Birth Plan on Women Childbirth Outcomes and Empowerment. *Am J Nurs.* 2020;9(3):155-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.11648/j.ajns.20200903.25>.
18. Chalise GD, Shrestha S, Adhikari B. Quality of Labor and Delivery Services: Maternal Satisfaction Study from a Tertiary Hospital. *Med J Shree Birendra Hosp.* 2021;20(1):50-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3126/mjsbh.v20i1.29226>.
19. Prates LA, Simões TM, Wilhelm, LA, Luiza C, Oliveira GSMD. Natural nascer em casa: rituais de cuidado para o parto domiciliar. *Rev Bras Enferm;* 2018;7(3):1247-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>.
20. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth.* 2016;43(2):144-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12226>.
21. Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03253. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>.
22. Stjernholm YV, Charvalho PS, Bergdahl O, Vladic T, Petersson M. Continuous Support Promotes Obstetric Labor Progress and Vaginal Delivery in Primiparous Women – A Randomized Controlled Study. *Front Psychol.* 2021;12:582823. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.582823>.
23. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):e64677. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.

