



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM (DENF)**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGENF)**

**YANKA ALCÂNTARA CAVALCANTE**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**  
**“SÍNDROME PÓS-TRAUMA” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A**  
**MULHER**

**FORTALEZA**

**2022**

YANKA ALCÂNTARA CAVALCANTE

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “SÍNDROME  
PÓS-TRAUMA” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Dissertação apresentada do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C364v Cavalcante, Yanka Alcântara.  
Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem "Síndrome Pós-Trauma" no Contexto da  
Violência Contra a Mulher / Yanka Alcântara Cavalcante. – 2022.  
236 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

1. Violência Contra a Mulher. 2. Estudos de Validação. 3. Diagnósticos de Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

---

YANKA ALCÂNTARA CAVALCANTE

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “SÍNDROME  
PÓS-TRAUMA” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Dissertação apresentada do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

---

Prof. Dr. Marcos André de Matos

Universidade Federal de Goiás (UFG)

---

Prof. Dra. Iane Ximenes Teixeira

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

*A Deus, minha família, irmãos de alma e todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para a produção desse estudo!*

## AGRADECIMENTOS

Gratidão às divindades por possibilitarem que pudesse realizar este trabalho com positividade e total esforço.

Gratidão à minha família, mãe (Tia Ju), pai (Seu Aداuto), irmã (Nana), por todo o apoio dado desde o início desta jornada e por todos os acolhimentos proporcionados em momentos difíceis. Vocês são a “minha base”.

Gratidão aos outros familiares que me apoiaram na realização deste objetivo e, em especial, aos meus queridos avós maternos, Tereza e Antônio; e meus avós paternos, Maria Luiza e Aداuto (em memória).

Gratidão ao meu orientador, professor Marcos Venícios, por todo o aprendizado acumulado durante esses dois anos de mestrado. Agradeço pela paciência e bondade que teve comigo nesse período e por todos os ensinamentos proporcionados, nos quais levarei para toda a minha vida profissional. Não poderia ter tido melhor orientador. Gratidão por tudo!

Gratidão ao meu grupo de pesquisa do mestrado, o GEDIRE, que me acolheu com tanto carinho e me possibilitou produções incríveis, os quais me moldaram cada vez mais para ser uma melhor profissional de enfermagem.

Gratidão à Natália, por ter sido uma irmã mais velha para mim durante o meu mestrado e por ter me ajudado em tantas ocasiões, além ter tido confiança na realização de algumas de suas atividades (capítulo/coleta do doutorado).

Gratidão aos professores participantes de minha banca de qualificação (professoras Suzana Mangueira, Ana Ruth Macêdo e Jaqueline Galdino) e de defesa (professores Suzana Mangueira, Marcos Matos e Iane Ximenes), pelas considerações realizadas em minha dissertação e por todas as melhorias oportunizadas por meio de suas sugestões e comentários.

Gratidão às minhas irmãs de alma Paloma e Juliane, que sempre estiveram comigo e sempre me apoiaram em todas as circunstâncias. Vocês são seres iluminados e tenho muito orgulho em tê-las como minhas amigas/irmãs.

Gratidão aos meus amigos do Colégio Sant'Ana por toda positividade repassada e aos meus amigos de graduação da UVA, pelo apoio para com a divulgação de minha coleta de dados. Vocês são especiais.

Gratidão ao meu antigo grupo de pesquisa, o LABSUS e a minha orientadora de IC e de Trabalho de Conclusão de Curso, professora Maristela Osawa, pela oportunidade em participar de bolsas de Iniciação Científica e projetos de pesquisa como o pontapé inicial para a minha introdução à pós-graduação.

Gratidão a todos aqueles que ajudaram direta ou indiretamente para que este trabalho pudesse ser desenvolvido e finalizado.

Sem vocês, este trabalho não teria sido o mesmo e isto devo a cada um que citei e aos não citados, porém, que estão em minha mente e que fazem parte da minha vida da mais bela forma possível.

Obrigada por todo apoio. Serei eternamente grata!

*“I will not have my life shortened. I will not bow to someone else’s whim or ignorance.” bell hooks*



## RESUMO

A Violência Contra a Mulher (VCM) enquanto fundamentada como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) provoca desde desfechos nocivos físicos a transtornos psíquicos e óbito. Diante disso, a prática de enfermagem tem ganhado aprimoramentos ao cuidado de certas vítimas e uma das estratégias são os estudos de validação diagnóstica, sustentadas a uma base teórica de consistência. Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo verificar a validade estrutural do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma (SPT) mediante a produção de duas etapas, sendo estas: construção de uma Teoria de Situação Específica (TSE), por meio das fases de uma Teoria de Médio Alcance (TMA) e a validação de conteúdo por juízes. A primeira etapa foi desenvolvida entre julho de 2020 a abril de 2021, com a produção de duas revisões sistemáticas de literatura e a fundamentação na Teoria Feminista de bell hooks. Com os resultados dos estudos, foram identificados 13 elementos antecedentes (fatores etiológicos) e 15 elementos consequentes (12 diagnósticos de enfermagem da NANDA-Internacional e três indicadores clínicos). Para a segunda etapa, desenvolvida entre julho de 2021 e janeiro de 2022. Os elementos da teoria e da atual composição da NANDA-I (2021-2023) foram avaliados conforme sua relevância para a Síndrome Pós-Trauma. A amostra desta etapa consistiu em 48 juízes. A aplicação do teste de Wilcoxon foi realizada para a mediana ponderada com valor de referência para hipótese nula com valor do Índice de Validade de Conteúdo acima ou igual a 0,85. Perante o teste de Wilcoxon, dos 19 fatores etiológicos (13 da teoria e seis da NANDA-I), Idade inferior aos 40 anos de idade, Baixo nível de escolaridade, Baixo nível de status socioeconômico, Ausência de vínculo empregatício e Angústia da imagem corporal foram os fatores da teoria não validados com êxito pelos juízes. O fator Senso de responsabilidade exagerado foi o único fator da NANDA-I que não conseguiu validação. Quanto aos 45 indicadores clínicos (15 da teoria e 30 da NANDA-I), Obesidade e Fadiga foram os indicadores da teoria não aprovados pela validação e Enurese, Expressa Dormência e Irritabilidade Gastrointestinal foram os elementos da NANDA-I que não obtiveram validação exitosa. Os resultados deste estudo comprovam a inconsistência estrutural do diagnóstico Síndrome Pós-Trauma abordado pela taxonomia NANDA-I, sendo afirmada a necessidade de produção da validação diagnóstica por meio de três fases: análise de conceito, validação de conteúdo e validação clínica. Portanto, recomenda-se que os resultados sejam sujeitos à validação clínica com a população

do estudo. Tal pesquisa torna-se relevante quanto ao impacto na futura prática clínica do profissional enfermeiro em mulheres expostas ao trauma da violência, no qual a validação deste diagnóstico torna-se imprescindível para a obtenção de meios e dispositivos que sustentem um plano de cuidados eficaz perante a identificação das possíveis intervenções e resultados de enfermagem esperados e ofertados para a paciente na prática do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher, Estudos de Validação, Diagnósticos de Enfermagem.

## ABSTRACT

Violence Against Women (VAW) while founded as a public health problem by the World Health Organization (WHO) causes from harmful physical outcomes to psychological disorders and death. In view of this, nursing practice has gained improvements in the care of certain victims and one of the strategies is the diagnostic validation studies, supported by a theoretical basis of consistency. Therefore, this research aims to verify the structural validity of the Post-Trauma Syndrome (PTS) nursing diagnosis through the production of two stages, namely: construction of a Specific Situation Theory (SST), through the phases of a Middle Range Theory (MRT) and content validation by judges. The first stage was carried out between July 2020 and April 2021, with the production of two systematic literature reviews and the foundation of bell hooks' Feminist Theory. With the results of the studies, 13 antecedent elements (etiological factors) and 15 consequent elements (12 NANDA-International nursing diagnoses and three clinical indicators) were identified. For the second stage, developed between July 2021 and January 2022, the elements of the theory and current composition of NANDA-I (2021-2023) were evaluated according to their relevance to Post-Trauma Syndrome. The sample of this stage consisted of 48 judges. The Wilcoxon test was applied to the weighted median with a reference value for the null hypothesis with a Content Validity Index value above or equal to 0,85. According to the Wilcoxon test, of the 19 etiological factors (13 of the theory and six of the NANDA-I), Age under 40 years of age, Low level of education, Low level of socioeconomic status, Absence of employment and Body image distress were the theory factors not successfully validated by the judges. The Exaggerated Sense of Responsibility factor was the only NANDA-I factor that failed to validate. As for the 45 clinical indicators (15 of the theory and 30 of the NANDA-I), Obesity and Fatigue were the indicators of the theory that were not approved by the validation and Enuresis, Express Numbness and Gastrointestinal Irritability were the elements of the NANDA-I that did not obtain successful validation. The results of this study prove the structural inconsistency of the Post-Trauma Syndrome diagnosis addressed by the NANDA-I taxonomy, stating the need to produce diagnostic validation through three phases: concept analysis, content validation and clinical validation. Therefore, it is recommended the results be subject to clinical validation with the study population. Such research becomes relevant regarding the impact on the future clinical practice of professional nurses in women exposed

to the trauma of violence, in which the validation of this diagnosis becomes essential to obtain means and devices that support an effective care plan in the face of identification of possible interventions and nursing outcomes expected and offered to the patient in the nursing practice.

**Key-words:** Violence Against Women, Validation Studies, Nursing Diagnosis.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA\* para seleção dos estudos primários. Fortaleza, Ceará, 2021.....53
- Figura 2. Diagrama de fluxo PRISMA\* para seleção dos estudos primários. Fortaleza, Ceará, 2021.....58
- Figura 3. Diagrama de Ishikawa explicativo perante os fatores etiológicos ao diagnóstico de SPT. Fortaleza, Ceará, 2021.....67
- Figura 4. Diagrama de Ishikawa perante os fatores etiológicos e indicadores clínicos para o diagnóstico de SPT. Fortaleza, Ceará, 2021.....114
- Figura 5. Nuvem de palavras perante a identificação dos fatores para a manifestação da SPT de acordo com a resposta dos juízes. Fortaleza, Ceará, 2022.....153
- Figura 6. Modelo para proposta de nova estrutura diagnóstica da Síndrome Pós-Trauma. Fortaleza, Ceará, 2022.....165

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descritores utilizados conforme a estratégia PEO para revisões de Etiologia e Risco. Fortaleza, Ceará, 2021.....	51
Quadro 2. Descritores utilizados conforme a estratégia PIRD para revisões de Acurácia Diagnóstica. Fortaleza, Ceará, 2021.....	55
Quadro 3. Fatores etiológicos elencados na TMA para o diagnóstico de SPT. Fortaleza, Ceará, 2021.....	64
Quadro 4. Diagnósticos de enfermagem e indicadores clínicos elencados na TMA para o diagnóstico de SPT. Fortaleza, Ceará, 2021.....	65
Quadro 5. Subtópico pertencente à violência sexual do instrumento WHO VAW STUDY validado para o português.....	72
Quadro 6. Subtópico pertencente à violência física do instrumento WHO VAW STUDY validado para o português.....	73
Quadro 7. Subtópico pertencente à violência psicológica do instrumento WHO VAW STUDY validado para o português.....	74
Quadro 8. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade para o presente estudo.....	87
Quadro 9. Instrumento de Triagem para Distúrbios de Sono (DSM-V).....	101
Quadro 10. Recomendações do teores de lipídios ou gordura no sangue.....	103
Quadro 11. Classificação de risco cardiovascular segundo o Escore de Framingham e sugestão para periodicidade pelo profissional enfermeiro.....	104
Quadro 12. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Medo para o presente estudo.....	106
Quadro 13. Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes aos julgamentos dos itens por Diniz (2017).....	146

Quadro 14. Comentários e sugestões realizados pelos juízes para a definição da NANDA-I (2021-2023). Fortaleza, Ceará, 2022.....	155
---	-----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1985) traduzido e validado por Savoia, Santana e Mejias (1996).....	79
Tabela 2. Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (1960) validada para versão no português por Freire, Figueiredo, Gomide, et al. (2014).....	81
Tabela 3. Adaptação da Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) por Dini, Quaresma e Ferreira (2001).....	84
Tabela 4. Escala de Ansiedade de Hamilton (1955).....	89
Tabela 5. Escala de Percepção do Estresse de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) validada por Reis et al. (2010).....	91
Tabela 6. Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) de Vitaliano et al. (1985), desenvolvida por Seidl (2001).....	93
Tabela 7. Escala de Avaliação da Fadiga de Michielsen et al. (2004).....	95
Tabela 8. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional de Gratz e Roemer (2004), validada por Coutinho et al. (2010).....	97
Tabela 9. Escala de Perfeccionismo de Aparência Física de Yang e Stober (2012) traduzido por Ferreira et al. (2018).....	99
Tabela 10. Escala de Percepção do Medo de Freitas-Magalhães e Batista (2009).....	107
Tabela 11. Escala Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R) para ideação paranoica validada por Laloní (2001).....	109
Tabela 12. Escala Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R) para hostilidade validada por Laloní (2001).....	110
Tabela 13. Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso Revisado (QEWP-R) de Yanovski (1993) validado por Borges et al. (2005).....	112



Tabela 14. Classificação adotada para seleção dos juízes quanto ao nível de experiências utilizada por Diniz (2017).....	143
Tabela 15. Caracterização dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma. Fortaleza, Ceará, 2022.....	149
Tabela 16. Análise de validade de conteúdo da definição apresentada pela NANDA-I (2021-2023) para o diagnóstico SPT. Fortaleza, Ceará, 2022.....	155
Tabela 17. Análise de validade de conteúdo quanto à relevância dos Fatores Etiológicos para o diagnóstico SPT. Fortaleza, Ceará, 2022.....	157
Tabela 18. Análise de validade de conteúdo quanto à relevância dos Indicadores Clínicos para o diagnóstico SPT. Fortaleza, Ceará, 2022.....	160

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
BDDE	THE BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION
CEDAW	CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER
COMEPE	COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CTQ	CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE
DSM	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
EDE	EATING DISORDER EXAMINATION
EMEP	ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS
EPM	ESCALA DE PERCEPÇÃO DO MEDO
HAM-A	ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON
HAM-D	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
IST	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
IVC	ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO
LPE	LINGUAGENS PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM
MOS-SSS	MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL SUPPORT SURVEY
NANDA-I	NANDA INTERNACIONAL

OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PE	PROCESSO DE ENFERMAGEM
PNPM	PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES
PROSPERO	REGISTRO PROSPECTIVO INTERNACIONAL DE REVISÕES SISTEMÁTICAS
QEWPR	QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO REVISADO
QESI	QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA
RAS	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
SAE	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
SCID-IP	STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV
SCL-90-R	SYMPTOM CHECKLIST 90 REVISED
SISVAN	SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
SLP	SISTEMA DE LINGUAGENS PADRONIZADAS
SPT	SÍNDROME PÓS-TRAUMA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TAG	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA
TCC	TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TEPT	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
TMA	TEORIA DE MÉDIO ALCANCE
TSE	TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA
VCM	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

VPI VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

WHO VAW WORLD HEALTH ORGANIZATION VIOLENCE AGAINST WOMEN

## SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	25
OBJETIVO.....	38
PROBLEMATIZAÇÃO E HIPÓTESE.....	39
CAPÍTULO 1 – TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA DO SÍNDROME PÓS-TRAUMA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	41
1.1 INTRODUÇÃO.....	41
1.2 OBJETIVO.....	44
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	45
1.4 MÉTODOS.....	49
1.4.1 Definição da Abordagem de Construção da Teoria.....	50
1.4.1.1 Construção da Revisão de Etiologia e Risco.....	50
1.4.1.2 Construção da Revisão de Acurácia Diagnóstica.....	54
1.4.1.3 Fundamentação na Teoria Feminista de bell hooks.....	59
1.4.2 Definição do Modelo Teórico-Conceitual da Teoria.....	62
1.4.3 Definição dos Principais Conceitos.....	63
1.4.4 Desenvolvimento de um Diagrama Pictorial.....	67
1.4.5 Construção das Proposições.....	68
1.4.6 Estabelecimento das Relações de Causa e Evidência para a Prática.....	69
1.5 TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA DA SÍNDROME PÓS-TRAUMA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	70
1.5.1 Conceitos chave da Síndrome Pós-Trauma.....	70

<b>1.5.2 Diagrama Pictorial.....</b>	<b>114</b>
<b>1.5.3 Proposições definidas.....</b>	<b>115</b>
<b>1.5.4 Relação de Causa e Evidência para a Prática.....</b>	<b>117</b>
<b>1.6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>128</b>
<b>CAPÍTULO 2 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DIAGNÓSTICO COM JUÍZES.....</b>	<b>130</b>
<b>2.1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>130</b>
<b>2.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>134</b>
<b>2.3 OBJETIVO.....</b>	<b>139</b>
<b>2.4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>140</b>
<b>2.4.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>140</b>
<b>2.4.2 População e Amostra/Seleção dos Especialistas.....</b>	<b>142</b>
<b>2.4.3 Procedimento de Coleta dos Dados.....</b>	<b>145</b>
<b>2.4.4 Organização e Análise dos Dados.....</b>	<b>147</b>
<b>2.4.5 Aspectos Éticos.....</b>	<b>148</b>
<b>2.5 RESULTADOS.....</b>	<b>149</b>
<b>2.5.1 Perfil dos juízes participantes do estudo.....</b>	<b>149</b>
<b>2.5.2 Análise dos elementos pelos juízes para a Síndrome Pós-Trauma.....</b>	<b>155</b>
<b>2.6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>167</b>
<b>2.6.1 O perfil dos juízes avaliadores da SPT.....</b>	<b>167</b>
<b>2.6.2 Análise da definição da NANDA-I para a SPT.....</b>	<b>169</b>
<b>2.6.3 Análise dos fatores etiológicos da SPT.....</b>	<b>170</b>
<b>2.6.4 Análise dos indicadores clínicos da SPT.....</b>	<b>174</b>
<b>2.7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>176</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>178</b>
<b>APÊNDICE A. Carta convite aos juízes para participação na pesquisa.....</b>	<b>200</b>
<b>APÊNDICE B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>202</b>
<b>APÊNDICE C. Termo de Pós-Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>204</b>
<b>APÊNDICE D. Composição atual do diagnóstico após a validação.....</b>	<b>205</b>
<b>ANEXO A. QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA.....</b>	<b>214</b>
<b>ANEXO B. QUESTIONÁRIO MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL SUPPORT SURVEY .....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO C. THE BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION .....</b>	<b>216</b>
<b>ANEXO D. PATIENT REPORTED OUTCOMES MEASUREMENT INFORMATION SYSTEM.....</b>	<b>219</b>
<b>ANEXO E. MARCADOR DE CONSUMO ALIMENTAR.....</b>	<b>222</b>
<b>ANEXO F. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>224</b>
<b>ANEXO G. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO H. INSTRUMENTO GOOGLE FORMS.....</b>	<b>233</b>





## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A efetuação deste estudo teórico e de futura validação ocorreu conforme o interesse da pesquisadora quanto à temática de Violência Contra a Mulher (VCM) e as leituras aprofundadas perante o movimento feminista e os direitos das mulheres em contexto global e nacional, além do impacto nocivo à saúde do público feminino pela violência em suas diferentes formas e vínculos de associação.

Enquanto graduanda de enfermagem durante os anos de 2015 a 2020 foi observado a necessidade do atendimento e cuidados holísticos do profissional enfermeiro às mulheres que são vítimas de diversos tipos de agressões e traumas por meio dos estágios curriculares e internatos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Também percebi certo desconhecimento por parte de alguns enfermeiros para com os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia da NANDA Internacional que poderiam estar inseridos neste contexto e as possíveis intervenções alocadas aos sinais e sintomas apresentados por tais mulheres vítimas de violência.

Outra justificativa pessoal para o desenvolvimento da pesquisa foi a experiência anterior em uma pesquisa com a temática de violência e tecnologia, enquanto ainda graduanda em enfermagem e o ingresso da participação no movimento feminista desde o ano de 2014, com o aprofundamento sobre os direitos das mulheres e o impacto negativo do feminicídio às mulheres e seus desfechos nocivos à saúde física e mental. Quanto à enfermagem, observou-se a fragilidade nos ensinamentos perante os diagnósticos de enfermagem e os SLP durante a graduação como dispositivo do PE e da SAE.

O tema de VCM contemplado nos módulos curriculares de saúde da mulher, bem como seus impactos referentes à saúde desta população como um todo, foram visualizadas durante a graduação como uma fragilidade em torno de sua formação profissional e a forma como tais casos seriam tratados e analisados, caso houvesse situações futuras corriqueiras em seu ambiente de trabalho. Ressalta-se que tais argumentos pessoais não devem ser considerados como parâmetros de confiabilidade e universalidade, todavia, podem estar inseridos quanto à justificativa pessoal da pesquisadora na realização do estudo.

Desta forma, é relevante que os elementos condizentes com o diagnóstico estejam de acordo com a situação determinada a princípio pela mulher assistida pelo profissional enfermeiro. Para tal, é necessário que haja um aprofundamento do impacto nocivo causado pela violência à sociedade em geral e, em específico, às mulheres como forma de detecção dos sinais e sintomas (características definidoras) que possam estar relacionados ao diagnóstico de Síndrome Pós-Trauma (diagnóstico estudado), do domínio 9 definido por “Enfrentamento/Tolerância ao Estresse” e da Classe 1 intitulada como “Respostas Pós-Trauma” pela Taxonomia da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

O fenômeno da violência é um complexo problema de saúde pública por suas características polimórficas, multicausais, complexas, interligadas aos determinantes sociais e econômicos, como desemprego, exclusão social, baixa escolaridade, entre outros, e/ou por aspectos culturais e comportamentais, como o racismo, o machismo e a homofobia (BRASIL, 2008). O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que buscou abordar de forma primária a relevância da discussão perante a violência no contexto da saúde, a define como:

O uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002; pág. 5).

Por ser também um fenômeno sócio-histórico, a violência tende a afetar fortemente a saúde das seguintes maneiras: 1) provoca morte, lesões e traumas físicos (exemplos: escoriações e hematomas) e inúmeros agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novas problemáticas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2011).

Pelo Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, desenvolvido no ano de 2014, o fenômeno não apenas determina ferimentos físicos, como também determina agravos diferenciados à saúde, como: depressão, incapacitação que provoca o absenteísmo à força de trabalho e perda da produtividade, o que concerne à diminuição do capital humano à sociedade como um todo, o consumo abusivo de substâncias psicoativas, comportamentos prejudiciais relacionados às experiências vividas, o surgimento de doenças crônicas e/ou

infecciosas e, como desfecho prioritariamente abrupto, a morte precoce daqueles que deveriam ter a devida oportunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Explorando a partir de agora o tema principal deste trabalho a respeito da Violência Contra a Mulher (VCM), as Nações Unidas a definiu durante a Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos em 1993 como qualquer ato de violência que possa resultar em um dano físico, mental ou sexual ou sofrimento, no qual se podem incluir as ameaças para tais atos, privação arbitrária de liberdade e coerção e que estejam acontecendo em âmbito público ou privado. Os tipos de violência perpetrados e definidos ao público feminino são: violência física, psicológica, econômica, verbal, sexual e a patrimonial (NAÇÕES UNIDAS, 1993). Por mais desatualizada que seja tal referência, a mesma torna-se importante por abordar uma definição primária do que seria o fenômeno da VCM e que estaria sendo posteriormente utilizada em diversas literaturas para a sua definição em trechos introdutórios. Tal conferência foi necessária para a criação de novas políticas públicas e da discussão em todo o mundo perante a necessidade de eliminação da VCM.

Conforme o relatório de estimativas da OMS pontua, o abuso/violência em mulheres é considerado uma violação fundamental dos direitos humanos e torna-se um problema de saúde pública significativa em todo o mundo. Estima-se que uma em cada três mulheres, em todo o contexto global, tenha sido afetada com a VCM em seu tempo de vida, ou seja, 30% das mulheres têm sido submetidas a algum tipo de violência física e/ou sexual, geralmente pela Violência por Parceiro Íntimo (VPI) ou pela violência sexual por um não parceiro íntimo ou em ambas as situações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Somente em 2002, a OMS considerou a VCM como um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos. Tal definição criou forças para que houvesse o debate no cenário brasileiro e, posteriormente, a promulgação da Lei Maria da Penha, a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) para os atendimentos multidisciplinares, como já mencionava Saffioti (CURIA; et al., 2020).

O relatório de Geneva apontou que um quarto das mulheres na faixa etária dos 15 aos 49 anos de idade tem estado em um relacionamento submetido a constantes situações de violência física e/ou sexual por meio de seus parceiros íntimos em pelo menos uma vez em todo o seu tempo de vida. Estima-se também, que a prevalência da VPI varia entre 20% na

região do Pacífico Ocidental, 22% em países com alta renda socioeconômica e no continente europeu e 25% nas regiões do continente americano para 33% no continente africano, 31% em toda a região do Mediterrâneo Oriental e 33% na região do sudeste asiático (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

Este mesmo relatório informou que, a proporção de 38% das mulheres que são assassinadas está adentrada à submissão de agressões por parte de seus parceiros íntimos. Além desta informação, têm-se uma proporção de 6% de mulheres que relatam terem sofrido agressões sexuais por pessoas que não sejam seus parceiros íntimos, uma vez que a violência sexual por um não parceiro íntimo é bastante limitada. A pesquisa identificou que a VPI e a violência sexual são as formas mais perpetradas de violência por homens contra mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

Neste sentido, o constante debate perante o tema da VCM ao contexto brasileiro teve maior visibilidade após a Lei Federal de n. 11.340 ter entrado em vigor, popularmente conhecida como “Lei Maria da Penha”, com o intuito da punição dos casos que envolvem a violência por parceiros íntimos (BRASIL, 2006). Alguns autores apresentam a inovação jurídica, processual, cultural e política que conseguiu redefinir a VCM no parâmetro nacional por meio da Lei Maria da Penha, tendo impacto positivo no planejamento de políticas públicas em saúde, na educação e na assistência (PEREIRA; et al., 2013; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015). Em seu primeiro ano de vigência, as taxas de feminicídio sofreram uma diminuição em decorrência da nova lei imposta e inovadora, contudo, as taxas voltaram a crescer exponencialmente, em função principalmente da vigência da lei com consequente aumento do número de notificações, até o ano de 2010 com 4,6 homicídios em mulheres para cada 100 mil delas, tendo sido considerado o maior patamar até então obtido pelo país (WAISELFISZ, 2012).

O estudo de Bernardino, Barbosa e Nóbrega (2016) apontou, diante dos registros policiais para a VCM, a prevalência para agressões físicas, seguidos de ameaças e, em terceiro, as agressões verbais. A variável referente à ligação para com o sujeito agressor obteve significância estatística quanto aos tipos de agressão.

O Mapa da Violência de 2015 perante o feminicídio aponta que o Brasil ocupa a quinta posição entre os 83 países com a taxa de VCM de 4,8 a 100 mil mulheres, apresentando o feminicídio 48 vezes maior que o Reino Unido, uma proporção de 24 vezes

mais feminicídios do que países de Irlanda ou Dinamarca e uma proporção de 16 vezes mais feminicídios do que a Escócia e o Japão (WAISEKFISZ, 2015). Os dados da OMS corroboram com o Mapa da Violência, trazendo informação similar perante o Brasil ocupar a quinta posição dos países mais violentos em relação às mulheres no total de 83 nações estudadas quanto ao fenômeno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Os dados anteriores expõem a preocupação da VCM no contexto brasileiro, assim como apresenta a potente subnotificação que tende ainda a acontecer aos casos de feminicídio (ARAÚJO, 2017).

Para tal situação, a Lei de nº.13.104, sancionada em 2015, tornou o feminicídio um crime hediondo e conseguiu representar um novo passo do marco político da luta dos direitos das mulheres brasileiras. A legislação federal prevê punições ainda maiores do que em casos de homicídios, se estiverem englobados ao termo designado ao feminicídio e, geralmente, os casos mais comuns acontecem devido fatores como o divórcio entre cônjuges (BRASIL, 2015).

O Mapa da violência do ano de 2018 aborda os dados referentes aos homicídios no período de 2006 a 2016, ressaltando que durante esse período houve o aumento significativo das taxas de feminicídios da ordem de 15,3% no Brasil e de 62,7% no Ceará, podendo-se observar que o estado em específico demonstra um aumento majoritariamente maior do que a média estimada brasileira, e, na classificação nacional relacionada ao aumento de homicídios de mulheres, o Ceará aparece em 10º lugar. Já em relação à taxa de homicídios de mulheres por 100 mil habitantes, no mesmo período, observa-se uma variação no Brasil da ordem de 6,4%, enquanto que no Ceará é da ordem de 51,2% (CERQUEIRA, 2018).

O Mapa da violência de 2021 apontou uma diminuição nos casos de feminicídio, principalmente nos estados do Ceará, Rio de Janeiro e Roraima, contudo, tendo a violência letal contra as mulheres aumentado no período dos anos de 2019 a 2021. O Ceará esteve entre os estados com maior aumento de violência letal, sendo que mulheres negras foram apontadas como as mais atingidas pela VCM nesse período (CERQUEIRA; et al., 2021).

Quanto ao relatório produzido pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e divulgado em 07 de março de 2021, às vésperas do Dia Internacional da Mulher, identificou 105.821 denúncias da VCM por meio do Disque 100 e Disque 180 (serviços gratuitos de combate e denúncia à violência contra os direitos humanos e a violência contra a

mulher) do Governo Federal durante o ano de 2020. As denúncias representam 30% de todas as denúncias realizadas em 2020 pelos serviços que totalizou 359 mil denúncias ao final. O dado anterior corresponde a um total de 12 denúncias feitas por hora no Brasil, sendo que, deste total obtido, 72% (75.894 denúncias) foram referentes aos tipos de violência doméstica contra a mulher, explicado pela Lei Maria da Penha com um tipo de violência que tende a causar lesões, sofrimentos físicos, abusos sexuais ou psicológicos e o feminicídio, este último denominado enquanto um crime de ódio baseado no gênero feminino que pode ser articulado perante o assassinato das mulheres em contextos do fenômeno da violência e quanto à aversão ao gênero, intitulado por misoginia (BRASIL, 2021).

Embasado a isso, a Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres, criada a partir do ano de 2004 por meio do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) de acordo com a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) propôs o estabelecimento de conceitos, diretrizes e ações de prevenção e combate à VCM, além da assistência garantida enquanto um direito às mulheres expostas a algum tipo de violência. Essa política segue normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Tal política encontra-se em consonância com a Lei n.º. 11.340/2006 e com convenções e tratados internacionais como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres de Belém/Pará de 1994 e sobre a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) de 1981 (BRASIL, 2011).

O mesmo relatório apontou a declaração de uma pandemia devido o novo SARS-CoV-2, em março de 2020, pela OMS, como um imenso impacto negativo às mulheres no sentido do aumento da exposição das mesmas às situações de abuso e agressões por seus parceiros íntimos e reconhece como um dos fatores de risco, a devida limitação do acesso aos serviços de saúde. Situações de crise humanitária como a atual em que se vivencia, existe uma exacerbação do fenômeno da violência, que as submetem às diferentes formas da VCM, ao passo que o público-alvo necessita estar em ambiente domiciliar por períodos mais prolongados em decorrência das regras de isolamento social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

Diante dos dados apresentados anteriormente, comprova-se que a VCM é profundamente embutida nas normas culturais de várias comunidades do mundo, sendo que,

as normas sociais são mencionadas enquanto percepções compartilhadas existentes em grupos e sustentadas de acordo com a aprovação ou desaprovação de um determinado grupo ou comunidade (MACKIE; MONETI; SHAKYA, 2015). As evidências apresentam que a VCM é visualizada enquanto uma aprovação das culturas ao redor do globo terrestre (PURI; et al., 2010; STANDISH, 2014; CHOWDHURRY, 2015; SADIQ, 2017; FATTAH; CAMELLIA, 2020), e em adição à tal afirmação, algumas atitudes e crenças são postas como fatores principais para a influência da ocorrência da VCM em diversos países. A pesquisa afirma que 36% das pessoas de países desenvolvidos consideram a VCM como um tipo de justificativa em determinadas situações (SARDINHA; NÁJERA CATALÁN, 2018).

Engels em seu livro “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado” abordava as primeiras origens da VCM por meio da construção do sistema capitalista e que, ao passo que a riqueza à medida que aumentava, tornava a posição do homem à sociedade mais importante do que a da mulher, e que tal desvantagem era validada pelo sexo masculino a fim do estabelecimento da ordem de herança pelo nascimento dos filhos. A filiação segundo o direito materno também foi abolida, tornando-se uma das revoluções mais profundas de gênero, onde se passou a decidir que os descendentes de um homem deveriam permanecer na gens, porém, os descendentes de uma mulher saíam dela, passando à gens do pai. Desta forma, aboliu-se a filiação feminina e o direito hereditário materno, substituídos pela filiação masculina e direito hereditário paterno (ENGELS, 1884).

Saffioti (1984) aborda em seu livro “O poder do macho”, a castração do macho como ela própria menciona e a castração da mulher. A castração do macho ocorre por meio da ideologia dominante de que o homem é provedor das necessidades da família, além de ter que aceitar a sua condição de própria castração. Ainda que a mulher possa ter uma remuneração e contribuir com o orçamento da casa, é o homem que deve ganhar o maior salário a fim de realizar sua função de chefe. Além da questão econômica, o lado emocional deve ser bloqueado e certas qualidades consideradas como “femininas” não devem ser explicitadas por tais como sinal da falta de masculinidade.

Saffioti (1987) mencionava a idéia de que o homem necessita inibir sua sensibilidade a fim de manter sua virilidade sã. A castração da mulher ocorreria pela sua posição social subalterna, aqui pelo contexto brasileiro, principalmente por dois fatores. O primeiro é referente ao desenvolvimento econômico do país, considerado enganoso, uma vez que é necessário preservar a inferioridade social da mulher em países capitalistas e com alto

índice de industrialização. O segundo seria referente aos preconceitos milenares, transmitidos pela educação, formal e informal, para as gerações mais jovens. Desta forma, a inferioridade entre os gêneros torna-se mais explícita, no qual a mulher dócil é a contrapartida do homem “macho”. A mulher emotiva é a outra metade do homem racional (SAFFIOTI, 1987). O pensamento de Saffioti ainda pode ser visualizado nos dias atuais em certas situações do cotidiano de gêneros.

Ainda de acordo com o pensamento de Saffioti (2015), a ordem patriarcal garante aos homens não somente a reprodução da vida social, mas, também, os meios de produção. Nesse sentido, os homens se relacionam de forma hierárquica e determinam o controle sobre as mulheres. Em contrapartida, as mulheres desempenham o papel de objetos sexuais dos homens, produtoras e reprodutoras da força de trabalho, seja remunerado ou não. Trata-se, portanto, de uma dominação-exploração que se configura como opressão contra as mulheres (SAFFIOTI, 2015).

Beauvoir (1949) em “O Segundo Sexo” aponta o gênero feminino como parte do homem, no qual a mulher não se reivindica como sujeito, pois não possui os meios concretos para tal e por sentir o laço necessário que a prende ao homem sem reclamar reciprocidade dele, e porque, na maioria das vezes, tende a comprar o papel de “Outro” (BEAUVOIR, 1949).

Tais pensamentos são apoiados à ideia da relação de poder entre os sexos ainda existentes a sociedade como um todo, o que predispõe para o ideal de que a mulher deve ser submissa ao homem e, em casos de não submissão, ou até mesmo de quietude, a mulher tende a ser violada pelo homem por acreditar possuir o direito devido às relações e ideais perpassadas de geração a geração quanto às questões de gênero e suas diferenças. Nesta perspectiva, têm-se o fator de exposição ao trauma, acometido por tal fenômeno que pode ser manifestado posteriormente em diferentes aspectos, sejam eles físicos e psicológicos por cada mulher que o enfrenta em seu cotidiano, havendo a necessidade de assistência holística e recuperação de seu bem estar como um todo (BEAUVOIR, 1949). A justificativa para adoção de tais literaturas foi pela própria leitura da pesquisadora ao longo dos últimos anos e pelo seu aprofundamento para com tais referenciais que explicam o porquê de haver a ideia de seximo e da dominação patriarcal e como estes estão interligados intimamente ao aparecimento da VCM.



Além disso, há uma correlação entre a violência e a instabilidade do público feminino quanto à saúde mental (ELLSBERG; et al., 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). Uma revisão sistemática com estudos do tipo longitudinal relatou que mulheres expostas à violência, seguem um maior risco para sintomas depressivos subsequentes e tentativas de suicídio, assim como o humor deprimido tende a aumentar o risco de violência por seus parceiros íntimos (DEVRIES; et al.; 2013).

Profissionais de enfermagem e da saúde como um todo tem a responsabilidade em quebrar o ciclo de violência por meio da redução dos agravos com a formulação de um plano de cuidados que possam intervir nos efeitos nocivos causados pelo trauma (POREDDI; et al., 2020). Por estas situações e problemáticas recorrentes nos cuidados ao público em questão que o diagnóstico de SPT deve ser aperfeiçoado para fins de suporte do raciocínio clínico do enfermeiro quanto ao planejamento dos cuidados necessários e intervenções eficazes para a melhoria do bem estar das mulheres que são expostas ao trauma da violência em geral.

Neste sentido, estudos comprovam a associação da VCM aos problemas críticos de saúde, sendo divididos em três tipos: 1- dano físico (exemplos: dor, trauma e sangramento); 2- problemas ginecológicos (exemplos: Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST); e 3- transtornos psicológicos (exemplos: depressão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT, uso abusivo de substâncias e ideações suicidas) (AKSAN; AKSU, 2007; BONOMI, 2006; OZVARIS, 2008). O trauma causado pela VCM facilita o aparecimento de desfechos nocivos, como menciona Iton (2008, 2012) quanto às disparidades encontradas após o trauma, sendo algumas destas: o risco para ansiedade e TEPT, sintomas depressivos, abuso de álcool e outras drogas ilícitas, desesperança, agressão, retaliação e doenças crônicas.

Mulheres que são expostas a algum tipo de violência/trauma, sejam eles físicos, verbais/psicológicos, e/ou sexual, são regularmente admitidas em instituições de saúde com complicações que necessitam de atendimento multiprofissional das diferentes áreas da saúde. Os sintomas incluídos na admissão de tal público envolvem desde dores abdominais e cefaleia, até transtornos mentais, como a depressão. Em certos casos, o atendimento de urgência é requerido devido as ideações e tentativas de suicídio por parte das mesmas (POREDDI; et al., 2021).

Conforme os estudos de Hillet al. (2016) e Pallitto (2013), mulheres expostas à violência em seu contexto biopsicossocial também possuem a experiência de outras problemáticas em sua saúde, no qual se incluem gravidez indesejada, abortos, nascimentos

prematturos e o conseqüente baixo peso ao nascer das crianças, o que tende a afetar o vínculo do binômio mãe-filho.

Conforme Gurkan e Nuran (2017) afirmam, mulheres que são vítimas de violência tendem a ser admitidas prioritariamente em algumas organizações de saúde, tais como: serviços hospitalares e de emergência e centros de atenção primária. Por esta razão, é visível a importância do profissional enfermeiro na avaliação e cuidados ofertados para cada mulher admitida e assistida nos serviços devido às circunstâncias do trauma (GURKAN; NURAN, 2017).

Desta maneira, a importância do profissional enfermeiro pelo acolhimento, empatia e formação de vínculo com a mulher é necessário a fim de minimizar a dor e o sofrimento de tais mulheres. A necessidade de conhecimento técnico e o aprofundamento teórico quanto à condição psicológica frente ao trauma são necessários para que haja uma assistência de qualidade e eficaz. Para isso, é necessário que o profissional enfermeiro utilize de seus meios e dispositivos tecnológicos para o planejamento das intervenções e futuros resultados almejados frente à paciente assistida (REIS; et al., 2010).

Entretanto, alguns estudos abordam a falta de planejamento dos cuidados frente ao sofrimento psíquico e a assistência limitada apenas às lesões físicas, determinando a fragilidade perante o conhecimento técnico existente na profissão de enfermagem. A situação descrita ocorre devido à perspectiva biomédica, ainda persistente nos cuidados de enfermagem que reduzem o problema da VCM à somente um impacto físico, sem o enfoque à saúde mental e os cuidados relevantes diante da apresentação de transtornos e condições mentais (KISS; SCHRAIBER, 2011; D'OLIVEIRA et al., 2009; OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

Oliveira e Fonseca (2015) mencionam que as ações de cuidados clínicos e a escuta qualificada são estratégias viáveis durante a assistência, porém, o enfermeiro necessita conhecer os determinantes sociais relacionados à vida de cada mulher, assim como precisam saber correlacionar os agravos causados pelo trauma em sua família, grupo e comunidade.

A VCM tem sido considerada em aspecto globalizado, como um problema de saúde significativa, uma vez que facilita o efeito nocivo do bem estar mental e físico das mulheres (INDU; et al., 2011). No nível mundial, os condicionamentos mentais são frequentemente classificados com estigma e preconceito por todos os contextos da sociedade

(POREDDI; et al., 2015). O estudo de Howard et al. (2010) aponta os enfermeiros como os primeiros na linha de contato entre a sobrevivente e os serviços acolhedores. Todavia, as evidências para a identificação e o fornecimento de intervenções baseadas em serviços de saúde mental são consideradas limitadas.

Neste contexto, têm-se o diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma (SPT), do domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao Estresse) e Classe 1 (Respostas Pós-Trauma), mencionado anteriormente e pertencente à classificação da taxonomia da NANDA-I. Tal diagnóstico é definido como “uma resposta mal adaptada sustentada a um evento traumático e/ou opressivo” e foi aprovado em 1986 com revisões feitas em 1998, 2010 e 2017 somente pelos editores da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). O diagnóstico pode ser aperfeiçoado ao público de mulheres vítimas de violência, ao passo em que se discute neste tópico os malefícios do trauma ocorrido após a violência perpetrada ao público feminino, contudo, necessitando ser revisado para contemplar elementos-chave (características definidoras e fatores relacionados) que estejam de acordo com o público em questão.

Herdman e Kamitsuru (2018) enfatizam que a dificuldade na abordagem das especificidades das populações estudadas e suas complexas respostas humanas em relação a um evento relacionado à saúde oferta uma justificativa para a revisão e validação dos diagnósticos de enfermagem de síndromes, em especial para o estudo, o diagnóstico de SPT. Em adição, este diagnóstico foi revisado somente em 2017 pelos membros editoriais, sem haver um estudo de validação diagnóstica que pudesse acrescentar novos elementos e definições apropriadas ao mesmo e a certas populações específicas e fenômenos.

O diagnóstico deve ser aperfeiçoado de acordo com os termos multiaxiais desenvolvidos pela NANDA-I, sendo estes: Axial 1 (foco do diagnóstico de SPT); Axial 2 (sujeito presente no diagnóstico de SPT); e Axial 3 (julgamento). Tais elementos são essenciais para a composição do rótulo do diagnóstico e são aplicados ao diagnóstico de SPT. Herdman e Kamitsuru (2018) mencionam que os diagnósticos de síndrome não utilizam em sua composição o Axial 2 quanto aos sujeitos, tornando os diagnósticos individualizados e fragilizando-os pois os mesmos poderiam ter maior eficácia caso estivessem detalhados a um grupo de indivíduos, neste caso, às mulheres que são vítimas de violência (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Outro ponto fundamental a ser explicado é a própria definição do termo “síndrome” do diagnóstico, no qual é requerido uma adaptação rigorosa que esteja conforme a sua própria definição às mulheres que sofrem violência e são vitimizadas por diversos tipos de trauma (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). A síndrome é retratada como “um julgamento clínico sobre um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos e são melhor tratados juntamente e por meio de intervenções semelhantes” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021, p. 80).

O diagnóstico de SPT, por ser um diagnóstico de síndrome, necessita de um julgamento clínico por parte do enfermeiro com características que o defina por meio de outros diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, sendo limitado neste sentido, em que são encontrados somente três diagnósticos à sua composição e seus fatores relacionados são interpretados de forma confusa e desnecessária à população estudada.

Uma revisão de escopo identificou que os rótulos condizentes aos 13 diagnósticos de síndromes não são consistentes com o modelo de sistema multiaxial dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. A síndrome demanda de uma abordagem e definições mais específicas se comparadas aos outros tipos de diagnósticos. Além de necessitarem um maior desenvolvimento, são passíveis de estudos de validação diagnóstica para o aumento da evidência científica quanto aos elementos do diagnóstico (ROMEIRO; et al., 2020).

A escassez de estudos que aprofundem o diagnóstico de SPT são recorrentes devido à dificuldade do profissional enfermeiro e estudantes da graduação em descrever suas respostas humanas, também confirmadas como sendo outros diagnósticos de enfermagem, visto a complexidade do raciocínio clínico interligado à diversidade de respostas humanas obtidas com o paciente (neste caso, em mulheres) que ocorrem a luz de um evento traumático e opressor (o trauma enquanto resultado da violência perpetrada) que esteja relacionado à saúde e ao processo de vida (ROMEIRO; et al., 2020).

A relevância de novos estudos que abordem contextos específicos como a VCM diante do diagnóstico de SPT e os conhecimentos adquiridos perante tais estudos quanto à complexidade das respostas humanas é importante para o desenvolvimento de novos elementos condizentes a tais diagnósticos ofertados, no qual, os estudos de validação diagnóstica tornam-se necessários em tais situações (ROMEIRO; et al., 2020).

Sendo assim, houve a necessidade uma revisão teórica do diagnóstico em particular perante a possibilidade de uma estrutura que pudesse ser condizente à sua classificação enquanto síndrome pela NANDA-I e a uma população em específico, para fins de critérios da assistência do profissional enfermeiro às mulheres que são e/ou foram vitimizadas de algum tipo de violência.

No contexto da VCM, a presente pesquisa dispõe validar o diagnóstico SPT por meio de duas etapas: a primeira sendo uma revisão teórica do diagnóstico como forma de aprofundamentos dos elementos necessários e definições conceituais e operacionais adequadas ao público em questão por meio das etapas de uma Teoria de Médio Alcance (TMA) (LOPES; SILVA, 2016), para o desenvolvimento de uma Teoria de Situação Específica (TSE) (IM, 2005). Tal fase será melhor abordada nos tópicos de introdução e referencial teórico-metodológico do Capítulo 1 que descreve e apresenta a TSE formulada para a SPT em mulheres vítimas de violência. Para a segunda fase, será realizada a validação de conteúdo por meio da análise das avaliações feitas por profissionais juízes à estrutura sendo relevante ou não ao SPT em mulheres vítimas de violência. A seleção e a classificação desses juízes perpassam por critérios estabelecidos de antemão, uma vez que os resultados encontrados dependem significativamente dos níveis de conhecimento prático e acadêmico de cada juiz (LOPES; SILVA, 2016). Os detalhes para esta etapa são descritos e apresentados no Capítulo 2 que descreve o processo para a fase de validação de conteúdo com os juízes escolhidos.

**OBJETIVO**

✓ Verificar a validade de conteúdo de uma estrutura diagnóstica representativa de Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência desenvolvida com base em uma Teoria de Situação Específica (TSE).

## **PROBLEMATIZAÇÃO E HIPÓTESES**

Diante do exposto nos tópicos anteriores, têm-se a definição para o problema de pesquisa, com os seguintes questionamentos: Quais são os elementos associados ao diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência? Os elementos identificados para o diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma são relevantes às mulheres que são e/ou foram vítimas de violência?

Neste sentido, têm-se a seguinte hipótese de pesquisa: A Síndrome Pós-Trauma é um diagnóstico de enfermagem que apresenta elementos específicos em seu domínio de conteúdo para direcionar sua avaliação entre mulheres vítimas de violência.

# CAPÍTULO 1



## **CAPÍTULO 1 – TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA DA SÍNDROME PÓS-TRAUMA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

### **1.1 INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento de Teoria de Médio Alcance (TMA) tem sido considerado como sendo a fase crucial ao início dos estudos perante a validação dos diagnósticos de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013), pois possibilita a precisão de realidades melhores desenvolvidas de acordo com a verificação da validade de constructos que poderão representar fenômenos nos quais os enfermeiros estarão atuando na linha de frente do planejamento de cuidados (LOPES; SILVA, 2016).

Desta forma, têm-se a produção de uma TMA para a primeira fase, que apresentam uma tradução aprofundada do conhecimento e raciocínio clínico da enfermagem, com o objetivo principal de revisar o conteúdo dos diagnósticos estudados, assim como buscar a expansão dos conceitos e elementos pertencentes ao mesmo (FAWCETT, 2005; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Tais teorias descrevem um menor número de conceitos concretos, tendo um nível médio de abstração, o que facilita as relações de causalidade entre os conceitos empregados ao fenômeno de interesse, além de conseguirem descrever como são desenvolvidas as mudanças dentro de tal fenômeno e possibilitar o entendimento das problemáticas referentes à clínica pertencente ao fenômeno estudado (IM; MELEIS, 1999; FAWCETT, 2005; SMITH; LIEHR, 2008).

No entanto, no quesito de especificidade, as TMA possuem certas limitações e fragilidades que as impedem de descrever, explicar e providenciar compreensões perante as diversidades contidas em certos grupos de pacientes/indivíduos (CHINN, 1997; HALL; STEVENS; MELEIS, 1994; LENZ; SUPPE; GIFT, 1997). Em contraponto, têm-se a abordagem de Teorias de Situações Específicas (TSE) que visam o foco a determinados fenômenos de enfermagem específicos que poderão refletir a prática clínica, uma vez que estão limitadas a populações e/ou campos de prática específicos (MELEIS, 1997; MELEIS, 1987; MELEIS, 1998; MELEIS; IM, 2000).

As TSE assumem o papel da necessidade dos valores filosóficos, teóricos e o pluralismo metodológico ao fenômeno de interesse do estudo, a fim de avaliar o quanto a pluralidade tende a ser congruente perante a natureza e objetivos da enfermagem. Há três formas de raízes filosóficas existentes para as TSE, sendo estas: 1- Pós-empirismo; 2- Teoria crítica social e feminismo; e 3- Hermenêutica (IM; MELEIS, 1999). A segunda categoria será adotada neste estudo, tendo em vista o tema de debate e a importância do movimento feminista para tal fenômeno social que se correlaciona ao fenômeno de interesse (Síndrome Pós-Trauma). Todavia, serão apresentadas as definições para as outras duas raízes a fim de se compreender o porquê de suas exclusões na TSE.

A primeira raiz da TSE, o pós-empirismo acredita que o fenômeno de enfermagem pode ser modelado ou “objetificado”, nos quais são realizados interligação perante aquilo que é observável e aquilo que não é observável a fim de haver um subsequente tratamento pelo profissional (GORTNER, 1993). A terceira raiz filosófica, a Hermenêutica, trata do desenvolvimento de uma TSE por meio da consciência histórica e o valor da humanidade e o entendimento perante a existência humana. Tal raiz aprecia o estado humo ou sua essência como supremo e que tende a estar correlacionado entre paciente e enfermeiro enquanto sujeito e cientista (GORTNER, 1993; SCHWANDT, 1994).

A segunda raiz filosófica, o feminismo e as teorias críticas sociais providenciam o raciocínio perante a diversidade e os contextos históricos e sociopolíticos que poderão nortear as TSE. As suposições feministas, assim como seus objetivos e valores são enfatizados pela consideração de situações provenientes da sociedade, o que tende a desafiar os pesquisadores e docentes em diversos números de campo prático que estão apoiados somente pela epidemiologia tradicional (ALLEN, 1985; THOMPSON, 1985; MARSHALL, 1988). A utilização de pensamentos feministas liberais e culturais para teorias de enfermagem tendo crescido, especialmente à enfermagem que ainda se encontra como uma profissão predominantemente compostas por mulheres (CHINN, WHEELER, 1985; BUNTING; CAMPBELL, 1990).

Portanto, a Teoria Feminista de “bell hooks” (escreve-se em letras minúsculas devido escolha própria da teórica), traz a abordagem expansiva perante o feminismo de acordo com a pluralidade de vivências existentes. Hooks (1984) percorre o caminho referente às mulheres que estão nas margens e que fazem parte do todo enquanto luta social, contudo, não estão como foco principal. A teoria aborda os olhares críticos perante os lugares do

feminismo – o centro designado às mulheres brancas privilegiadas e letradas; e a margem das mulheres negras excluídas dos debates pertencentes a periferia da sociedade – assim como, o conhecimento para com os contextos da margem e centro e o contexto dos opressores. Desta maneira, a autora consegue analisar o contexto de opressão das mulheres, estruturada ao sexismo, racismo, lutas e subversões (HOOKS, 1984).

A teoria torna-se acessível, ao passo que tem por objetivo atingir o maior número de pessoas, promover a reflexão com potencial revolucionário e direcionado à luta contra a opressão sexista. Possui como componentes teóricos: a importância do movimento feminista, homens enquanto companheiros de luta, a mudança das perspectivas sobre o poder e o movimento enquanto necessário para a finalização da VCM (HOOKS, 1984).

À vista disso, uma das estratégias para validação do componente teórico de um diagnóstico de enfermagem é a construção de uma TSE, podendo ser derivada de uma grande teoria. O objetivo do primeiro capítulo será apresentar a TSE desenvolvida ao diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma (SPT) em mulheres vítimas de violência, por meio da construção de duas revisões sistemáticas da literatura e pela Teoria Feminista de bell hooks.

## 1.2 OBJETIVO

- ✓ Desenvolver uma Teoria de Situação Específica (TSE) que identifique e defina os elementos e processos clínicos da resposta pós-trauma referentes ao estabelecimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome Pós-Trauma” em mulheres vítimas de violência.

### 1.3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Desde o início dos anos 1980, a enfermagem tem sido estudada para identificação dos fenômenos que a norteiam enquanto ciência, assim como a formação dos metaparadigmas que a formalizam e conceituam enquanto uma ciência: pessoa, saúde, ambiente e a enfermagem em si, formalizando-os e transformando-os como atributos essenciais na assistência e planejamento dos cuidados de enfermagem (McEWEN, 2016). Neste sentido, defende-se a transição central do conceito perante a enfermagem, pois tal profissão está relacionada às experiências humanas consideradas transitórias e a saúde e o bem e estar sendo constituídas como resultados das intervenções desenvolvidas. Assim, o grande desafio do enfermeiro será compreender os processos de transição que perpassam o ser humano, construindo terapêuticas eficazes que os ajudem a recuperar sua autonomia e bem estar (MELEIS, 2012).

É imprescindível que o enfermeiro defina linhas de pensamento que possam fundamentá-lo e que determinem novos rumos para suas práticas em enfermagem. Com esta afirmação, têm-se as grandes teorias de enfermagem, que fornecem estruturas teóricas que determinam rumos diferenciados aos indivíduos e impõe novos desafios à prática do profissional em si. Contudo, é necessário que haja congruência quanto à teoria estabelecida de acordo com os metaparadigmas intitulados anteriormente (CARPINTEIRA; et al., 2014; DOURADO; BEZERRA; ANJOS, 2014)

Compreendem-se as grandes teorias de enfermagem em um contexto geral, como reflexões que desempenham papéis preponderantes que tendem a objetivar o campo prático e acadêmico dos enfermeiros (BRANDÃO; et al., 2019). Tais teorias são visualizadas como necessárias aos conhecimentos do enfermeiro à prática em que se encontram, assim como realizam papéis de referências teóricas e metodológicas, conferindo a visibilidade e importância científica da profissão. Os modelos propostos pelas grandes teorias buscam a orientação do profissional e seu pensamento crítico e tomada de decisões em certas necessidades de atuação. Com esta perspectiva, as grandes teorias constroem parâmetros e modelos para a assistência no desempenho da profissão e são considerados como referenciais imprescindíveis à formação do estudante e profissional enfermeiro (ALLIGOOD, 2013; McEWEN; WILLS, 2015).

Para o conhecimento de uma disciplina, Fawcett (2005) descreve os conhecimentos de enfermagem como elementos que devem ser construídos em diferentes níveis de abstração. Dentre esses elementos, têm-se as teorias derivadas de modelos conceituais e desenvolvidas com o objetivo de atualização dos conceitos, até então estabelecidos pelo modelo adotado. Sendo assim, uma das derivações encontradas para as teorias maiores são as TMA e as TSE que são compostas por conceitos considerados mais concretos à prática, com a apresentação da causalidade entre os conceitos identificados, o que possibilita a compreensão perante as mudanças ocorridas no fenômeno estudado.

As TMA são divididas em três eixos, sendo estas: descritiva, explicativa e preditiva. As TMA descritivas têm por objetivo classificar ou descrever o fenômeno, enquanto pertencente à taxonomia dos diagnósticos de enfermagem; as TMA explicativas abordam a relação entre os conceitos e a preocupação como tais conceitos estão relacionados com cada conceito existente. As TMA preditivas estabelecem a relação precisa perante os conceitos e um ou mais efeitos existentes de um ou mais conceitos, além da descrição da relação ente causa e efeito (FAWCETT, 2005; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Para o presente estudo, será utilizada a ideia das TMA preditivas segundo o fenômeno de SPT, assim como suas etapas, descritas no tópico posterior para fins de construção, sendo estas: 1- definição e abordagem para construção da teoria; 2- definição do modelo teórico-conceitual; 3- definição dos principais conceitos; 4- desenvolvimento de um pictograma; 5- construção das proposições; e 6- relações de causalidade e evidência para a prática (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

Ressalta-se que tal teoria será definida enquanto uma Teoria de Situação Específica (TSE), uma vez que as TMA raramente incorporam diversidades ao fenômeno da enfermagem e possuem algumas limitações na descrição e explicação quanto à compreensão da diversidade dos sujeitos estudados e suas específicas respostas perante um fenômeno. As TMA não consideram as diversas formas de interpretação do profissional enfermeiro a um determinado fenômeno, assim como fragilizam a assistência do enfermeiro perante diversos perfis de pacientes em sistemas de cuidado em saúde (CHINN, 1997; HALL; STEVENS; MELEIS, 1994; LENZ; et al., 1997).

As TSE são definidas como teorias para reflexão clínica diante de fenômenos específicos para a área da enfermagem, limitada a determinados público-alvos e/ou campos de prático definidos propriamente. Como descritos anteriormente, as TSE são divididas em três

raízes filosóficas, sendo estas: o pós-empirismo, equalizado às ideais do positivismo, especialmente ao positivismo lógico e o Círculo de Vienna (GORTNER, 1993); a teoria crítica e social e feminismo, como provenientes de raciocínios para diversidades respectivas e contextos históricos e políticos de TSE (ALLEN, 1985; THOMPSON, 1985; MARSHALL, 1988); e a hermenêutica que influencia a TSE por meio da ênfase da consciência histórica e a valorização humanística e conhecimento histórico para entendimento da existência humana (GORTNER, 1993; SCHWANDT, 1994). A raiz filosófica do feminismo será adotada a fim de serem estabelecidas as relações perante os fatores etiológicos referentes à VCM para com a apresentação do fenômeno da SPT (IM; MELEIS, 1999).

Neste sentido, as TSE são vistas como teorias com focos em fenômenos de enfermagem específicos e que estão delimitados a populações e/ou campos de prática específicos/particulares (MELEIS, 1987; MELEIS, 1997; MELEIS, 1998; MELEIS; IM, 2000). Tais teorias são postas em contextos sociais e históricos, porém, não são desenvolvidas a fim de transcender ao tempo, em estruturas sociais e quanto à limitação de uma situação política. As TSE são definidas com uma clínica especificada, além de refletirem um contexto em particular (MELEIS, 1987; MELEIS, 1997; MELEIS, 1998; MELEIS; IM, 2000).

Im e Meleis (1999) afirmam que as TSE podem incorporar as diversidades e complexidades do fenômeno de enfermagem e enfatizam os fatores contextuais em relação à enfermagem e providenciam estruturas integrativas que proporcionam guias de assistência à prática e pesquisa em enfermagem. Im (2005) descreve as relações perante as TMA e as TSE em uma figura que aborda as TMA como parte essencial e representativa nas TSE, porém, não havendo o pressuposto de especificação trazido pelas TSE, o que a diferencia totalmente neste sentido de característica particular e enriquecedora à enfermagem. A abordagem de TSE ocorre pelas seguintes etapas: 1- Escolha de uma temática para desenvolvimento da teoria que possa envolver múltiplas verdades, uma teoria de fundamentação para a TSE, a contextualização sociopolítica e as perspectivas para a enfermagem; 2- Exploração do fenômeno por meio de múltiplas fontes, como teorias de enfermagem já existentes, revisões de literatura, experiências e resultados encontrados em outras pesquisas, artigos, na educação e pela própria prática; 3- Teorização com o início do processo da TSE e sua integração com a enfermagem; e 4- Validação, relatório e compartilhamento das informações coletadas e informadas na TSE (IM, 2005). Ressalta-se que as fases de uma TSE não foram utilizadas pela adoção das fases referentes ao TMA como sendo mais apropriada para a pesquisa,

todavia, sendo de suma importância a definição da teoria como sendo uma TSE ao passo que se descreve um grupo em específico e uma raiz filosófica necessária na produção da estrutura do diagnóstico de SPT.

A teoria escolhida para fundamentação da TSE será a Teoria Feminista de bell hooks, mencionada em tópicos anteriores como sendo o parâmetro para fundamentação dos conceitos encontrados ao diagnóstico, assim como a identificação das relações de poder e patriarcado que tendem a estabelecer a presença da VCM e, desta forma, o fenômeno da SPT em mulheres que possuem tal experiência de vida.



## 1.4 MÉTODOS

O desenho do estudo de validação iniciou por meio da etapa de desenvolvimento teórico, no qual foi embasado segundo a construção de uma TSE. Desta forma, foi utilizada a Teoria Feminista de bell hooks associada à construção de duas revisões sistemáticas para fins de identificação e definição dos elementos que deveriam compor o diagnóstico de enfermagem de SPT segundo mulheres vítimas de violência. A elaboração da primeira etapa quanto à construção da TSE ocorreu entre julho de 2020 a abril de 2021.

Para tal estudo, foram adotadas as etapas quanto à construção das TMA, descritas como abordagens capazes de desenvolver um nível teórico que permite a identificação dos fatores etiológicos (antecedentes) e indicadores clínicos (consequentes) do diagnóstico estudado, além de formular relações de causalidade que irão detalhar as respostas humanas encontradas ao final (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

As etapas referentes ao desenvolvimento de TMA, descritos anteriormente são: 1- Definição da abordagem para construção da TMA; 2- Definição dos modelos teórico-conceituais adotados para a TMA; 3- Definição dos conceitos chave da TMA; 4- Construção de um diagrama pictorial; 5- Construção das proposições da TMA; e 6- Estabelecimento das relações de causa e evidência baseada na prática (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Desta maneira, cada fase será descrita e contextualizada conforme o fenômeno estudado do diagnóstico SPT em mulheres que sofreram algum tipo de violência/trauma.

### **1.4.1 Definição da Abordagem de Construção da Teoria**

Para a fase inicial, a TMA necessita derivar do raciocínio clínico perante etapas que incluirão os elementos pertinentes que serão interligados a fim de representarem o fenômeno de interesse, além das relações de causa e efeito e os principais conceitos a serem abordados. É relevante mencionar que as teorias produzidas requerem metodologias apropriadas para uma futura validação diagnóstica e alguns modelos de causa-clínica epidemiológica, diante do processo de raciocínio clínico (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

Lopes e Silva (2016) mencionam que a primeira fase dispõe de três possíveis métodos para a construção da TMA, sendo estas: revisões de estudos até então publicados, como as revisões integrativas; a elaboração de diferentes modelos conceituais; e a emanção de uma teoria em específico no qual serão retirados os elementos pertinentes para a TMA atual.

A atual pesquisa baseou-se na construção de duas revisões sistemáticas de literatura - Revisão de Acurácia Diagnóstica e Revisão de Etiologia e Risco a fim de construir a Teoria da Síndrome Pós-Trauma frente às mulheres vitimizadas, com embasamento na Teoria Feminista de bell hooks para os devidos pressupostos teóricos recorrentes a VCM em um contexto globalizado. Ressalta-se que as revisões seguiram o modelo de protocolo do Manual da *Joanna Briggs Institute* (JBI) (AROMATARIS; MUNN, 2020) para fins de identificação dos elementos antecedentes (fatores etiológicos) por meio da revisão de Etiologia e Risco pelo Capítulo 7 do manual da JBI (MOOLA; MUNN; TUFANARU, 2020) e para os elementos consequentes (indicadores clínicos) pela revisão de Acurácia Diagnóstica mencionada pelo Capítulo 9 do manual (DEEKS, 2001; LEEFLANG; et al., 2013).

#### ***1.4.1.1 Construção da Revisão de Etiologia e Risco***

A revisão de Etiologia e Risco teve como base para a formulação do questionamento, o acrônimo utilizado para tais revisões, composto por três elementos essenciais, sendo estes: P (população); E (etiologia); e O (*outcome* - resultado). Desta forma, os elementos adotados para tal revisão foram: P (mulheres vítimas de violência); E (fatores

etiológicos); e O (Síndrome Pós-Trauma). Ao final, a pergunta de pesquisa foi: Quais são os fatores etiológicos relacionados ao diagnóstico de enfermagem “Síndrome Pós-Trauma” em mulheres vítimas de violência?

Por meio da questão norteadora, foram selecionadas as bases de dados da SciVerse Scopus (Elsevier), MEDLINE/PubMED e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e duas para áreas específicas, de acordo com a necessidade da revisão, sendo: CINAHL with Full Text (EBSCO) e PsycINFO (APA). Não foram feitas restrições perante os critérios de idioma e ano de publicação.

Para verificação dos descritores, foram explorados: *Medical Subject Headings* (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com descritores macro e sinônimos para abrangência dos resultados. Os operadores booleanos empregados foram “AND” e “OR” para fins de cruzamentos dos elementos referenciados pelo acrônimo PEO. Para identificação dos estudos duplicados, utilizou-se o *software* de gerência de referências bibliográficas, *EndNote Web* que se encontra disponível na *Web of Science* para cadastro pessoal, utilizado por meio do acesso CAFe pelo Portal de Periódicos da CAPES. Os descritores macro e sinônimos são apresentados pelo Quadro 1.

**Quadro 1. Descritores utilizados conforme a estratégia PEO para revisões de Etiologia e Risco. Fortaleza, Ceará, 2021.**

Estratégia PEO	Descritores Macro	Descritores sinônimos
P <b>Mulheres vítimas de violência</b>	DeCS  “Violência” OR “Exposição à violência” OR “Violência contra a mulher” OR “Violência de gênero” OR “Violência doméstica” OR “Violência por parceiro íntimo”	“Comportamento de ataque” OR “Crimes contra a mulher” OR “Crimes contra as mulheres” OR “Delitos contra a mulher” OR “Violência doméstica e sexual contra a mulher” OR “Violência contra as mulheres” OR “Violência baseada em gênero”
	MeSH  “Violence” OR “Exposure to violence” OR “Violence against women” OR “Gender-	“Violence exposure” OR “Violence, Domestic” OR “Family violence” OR

	Based violence” OR “Domestic violence” OR “Intimate partner violence”	“Violence, Family”
<b>E</b> <b>Fatores</b> <b>etiológicos</b>	DeCS “Etiologia”	“Causalidade” OR “Causas”
	MeSH “Causality” OR “Etiology”	“Causalities” OR “Multifactorial causality” OR “Multifactorial causalities” OR “Reinforcing factor” OR “Causation” OR “Causations”
<b>O</b> <b>Síndrome</b> <b>Pós-Trauma</b>	DeCS “Diagnóstico de enfermagem” OR “Sinais e sintomas” OR “Síndrome”	“Manifestações clínicas” OR “Sinais” OR “Sinais clínicos” OR “Sintomas clínicos” OR “Sintoma clínico” OR “Sintoma” OR “Síndroma” OR “Síndromes”
	MeSH “Nursing diagnosis” OR “Nursing diagnoses” OR “Syndrome”	“Psychophysiologic disorders” OR “Syndromes” OR “Symptom cluster”

**Fonte: Elaborado pela autora.**

Os critérios adotados para elegibilidade dos estudos foram: 1- Estudos primários que abordassem o tema da violência contra a mulher, sem restrição para faixa etária; 2- Apresentação de fatores etiológicos condizentes aos comportamentos/sinais do diagnóstico estudado; 3- Abordagem de análises referentes à identificação, definição e associação de tais fatores perante a violência contra a mulher; e 4- Estudos que identificassem o diagnóstico de enfermagem “Síndrome Pós-Trauma”.

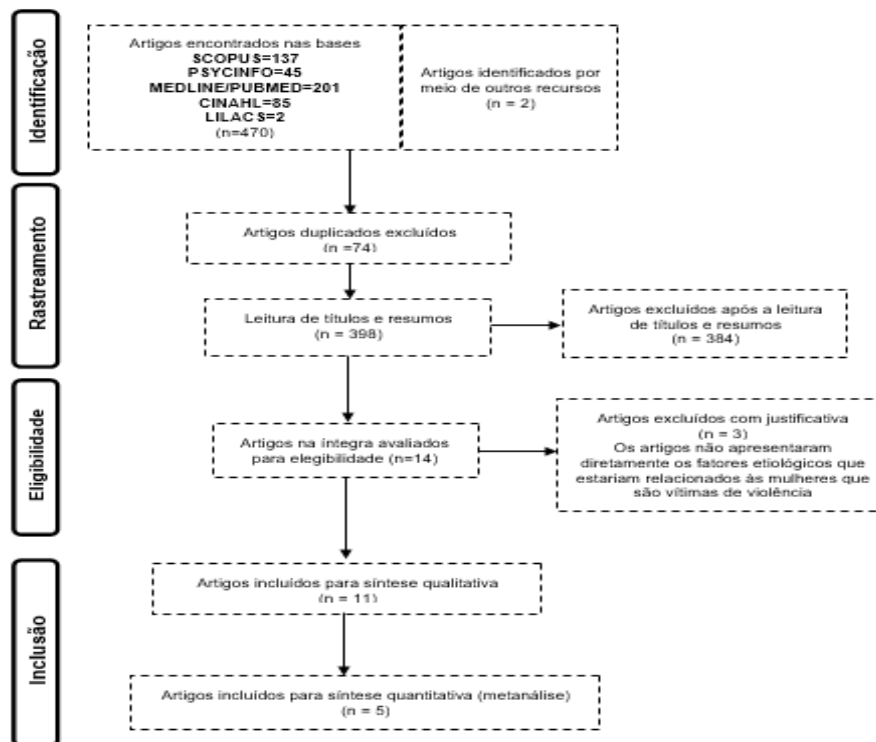
Os critérios para exclusão dos estudos foram: 1- Estudos que abordassem ambos os sexos (masculino e feminino) perante a violência; 2- Apresentação exclusiva de fatores etiológicos relacionados à violência contra a mulher; 3- Ausência de algum dos tipos de diagnósticos referentes à exposição ao trauma.

Ressalta-se que, para continuação da revisão, houve a sua submissão em 23/11/2020 ao Registro Internacional Prospectivo de Revisões Sistemáticas (PROSPERO) e aprovação em 24/12/2020, com o devido número de registro: CRD42020222427.

A elegibilidade dos estudos foi verificada pela autora principal durante os dias 12 a 16 de março de 2021. Foram desenvolvidas as leituras dos títulos e resumos, sendo as publicações excluídas quando tais elementos não apresentavam os critérios de inclusão/exclusão exigidos anteriormente.

A leitura na íntegra tornou-se a última fase para seleção, com avaliação minuciosa da elegibilidade dos estudos e posterior justificativa para exclusão. O diagrama de fluxo do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA* (MOHER; LIBERATI; TETZLAFF; et al., 2009) foi adotado para melhor visualização da fase de seleção (Figura 1).

**Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA\* para seleção dos estudos primários. Fortaleza, Ceará, 2021.**



Fonte: Elaborada pela autora.

Foram adotadas as listas de verificações para estudos quantitativos do manual da JBI, de acordo com cada tipo de estudo presente na amostra final, sendo: lista de verificação de avaliação crítica para estudos de coorte, caso-controle, série de casos, relatórios de caso e estudos analíticos transversais (DEEKS, 2001; LEEFLANG; et al, 2013). A escolha para retirada ou não dos estudos foi desenvolvida pela autora, perante a pontuação obtida ao final

de cada avaliação e a análise crítica quanto ao desfecho final dos estudos. Ao todo, foram selecionados nove artigos para amostra final a fim de haver subsídios perante a identificação e definição dos elementos antecedentes (fatores etiológicos) para a estrutura do SPT em mulheres vítimas de violência.

#### ***1.4.1.2 Construção da Revisão de Acurácia Diagnóstica***

Para a Revisão de Acurácia Diagnóstica, a questão de pesquisa foi formulada de acordo com o acrônimo PIRD (População, Teste de Índice, Indicador e Diagnóstico de Interesse). Sendo assim, os elementos adotados para tal revisão foram: P (mulheres vítimas de violência); I (indicadores clínicos); R (opinião de especialistas, painel de avaliadores ou painel de variável latente); e D (Síndrome Pós-Trauma). A revisão teve sua continuação após a aprovação pela PROSPERO, com submissão no dia 23/11/2020 e aprovação em 24/12/2020, com o número de registro: CDR42020222474.

Conforme a formulação do acrônimo obteve-se a seguinte questão: Quais são os indicadores clínicos definidos a partir da opinião de especialistas, painel de avaliadores ou análise de variável latente que compõem o diagnóstico de enfermagem “Síndrome Pós-Trauma” em mulheres vítimas de violência?

As buscas eletrônicas ocorreram entre cinco bases de dados, com três de âmbito geral, sendo: SciVerse Scopus (Elsevier), PubMed (PMC Central) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e duas para áreas específicas, de acordo com a necessidade da revisão: CINAHL with Full Text (EBSCO) e PsycINFO (APA). Não houve restrição quanto ao idioma e ano de publicação. O período de buscas sucedeu entre os dias 07 a 25 de dezembro de 2020.

Para verificação dos descritores (Quadro 2), foram explorados: *Medical Subject Headings* (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com descritores macro e sinônimos para abrangência dos resultados; e o sistema Emtree relacionados aos termos biomédicos. Os operadores booleanos empregados foram “AND” e “OR” para fins de cruzamentos dos elementos referenciados pelo acrônimo PIRD. Destaca-se que os mesmos cruzamentos foram realizados em todas as cinco bases de dados escolhidas, com exceção para LILACS e CINAHL que obtiveram cruzamentos dos três sistemas.

**Quadro 2. Descritores utilizados conforme a estratégia PIRD para revisões de Acurácia Diagnóstica. Fortaleza, Ceará, 2021.**

Estratégia PIRD	Descritores Macro	Descritores sinônimos	Emtree (Termos biomédicos)
P <b>Mulheres vítimas de violência</b>	DeCS “Violência” OR “Exposição à violência” OR “Violência contra a mulher” OR “Violência de gênero” OR “Violência doméstica” OR “Violência por parceiro íntimo”	“Comportamento de ataque” OR “Crimes contra a mulher” OR “Crimes contra as mulheres” OR “Delitos contra a mulher” OR “Violência doméstica e sexual contra a mulher” OR “Violência contra as mulheres” OR “Violência baseada em gênero”	“Violence” OR “Exposure to violence” OR “Violence against women” OR “Gender based violence” OR “Domestic violence” OR “Intimate partner violence” OR “Violence exposure” OR “Family violence” OR “Emotional violence” OR “Emotional abuse” OR “Partner violence” OR “Exposure violence”
	MeSH “Violence” OR “Exposure to violence” OR “Violence against women” OR “Gender-Based violence” OR “Domestic violence” OR “Intimate partner violence”	“Violence exposure” OR “Violence, Domestic” OR “Family violence” OR “Violence, Family”	
I <b>Indicadores clínicos</b>	DeCS “Indicadores” OR “Sinais e sintomas” OR “Ferimentos e lesões”	“Indicador” OR ““Manifestações clínicas” OR “Sinais” OR “Sinais clínicos” OR “Sintomas clínicos” OR “Sintoma clínico” OR “Sintoma” OR “Síndrome” OR “Lesões” OR “Trauma” OR “Traumatismo”	“Clinical indicator”
	MeSH “Signs and symptoms” OR “Wounds and	“Signs and symptoms, Digestive” OR “Signs and symptoms, Respiratory” OR “Injuries and	

	injuries”	wounds” OR “Trauma” OR “Traumas” OR “Symptom cluster” OR “Skin manifestations”	
R <b>Opinião de especialistas /painel de avaliadores / análise variável latente</b>	DeCS  “Opinião de especialistas” OR “Painel de avaliadores” OR “Análise de variável latente”  MeSH  “Opinion of experts” OR “The panel of evaluators” OR “Analysis of the latent variable”	Não houve descritores para tal item	Não houve descritores para tal item
D <b>Síndrome Pós-Trauma</b>	DeCS  “Diagnóstico de enfermagem” OR “Síndrome” OR “Adaptação” OR “Adaptação psicológica” OR “Adaptação fisiológica”	“Síndromes” OR “Comportamento adaptativo” OR “Comportamento de enfrentamento”	“Nursing diagnosis” OR “Nursing diagnoses” OR “Syndrome” OR “Coping behavior” OR “Posttraumatic growth (psychology)” OR “Stress management” OR “Injury” OR “Psychosomatic disorder”
	MeSH  “Nursing diagnosis” OR “Nursing diagnoses” OR “Syndrome” OR “Adaptation, psychological” OR “Adaptation physiological”	“Psychophysiological disorders” OR “Syndromes” OR “Physiological adaptation” OR “Psychologic adaptation” OR “Coping Behavior”	

Fonte: Elaborado pela autora.

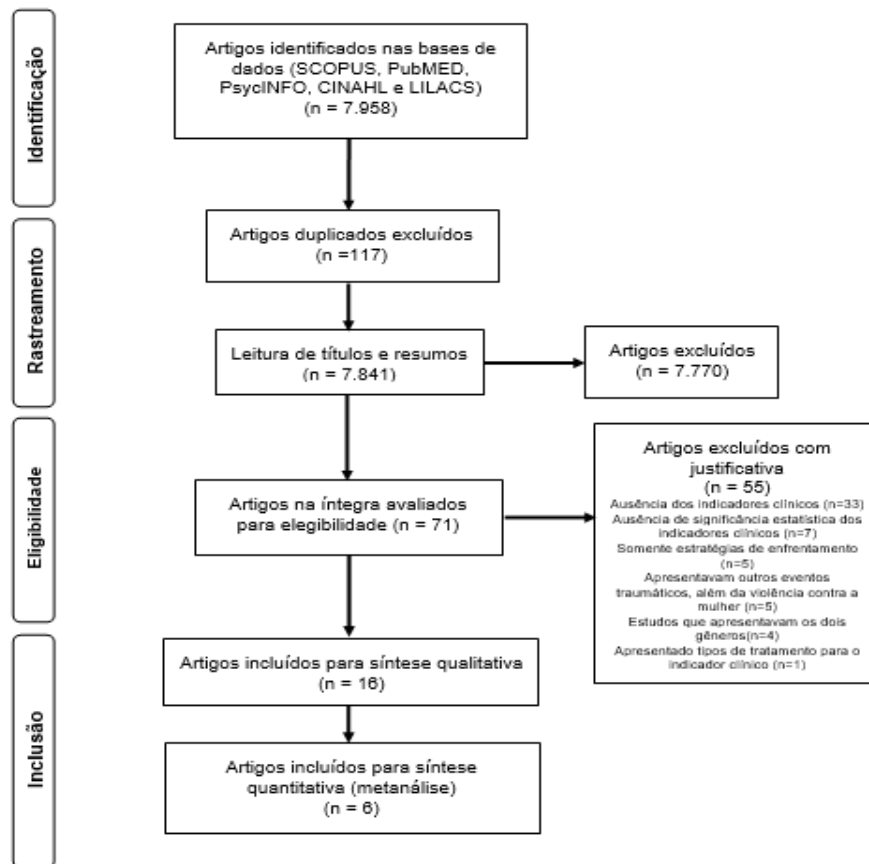


Destaca-se que as palavras-chave adentradas ao elemento de “Teste de Referência” do acrônimo não foram aplicadas, uma vez que a busca inicial realizada não apresentou resultados às bases de dados escolhidas. Desta forma, a autora optou pela retirada a fim de abranger a seleção com os outros elementos, anteriormente mencionado. Para identificação dos estudos duplicados, utilizou-se o *software* de gerência de referências bibliográficas, *EndNote Web* que se encontra disponível na *Web of Science* para cadastro pessoal, utilizado por meio do acesso CAFe pelo Portal de Periódicos da CAPES.

Os critérios adotados para elegibilidade dos estudos foram: 1- Estudos primários que abordassem o tema da violência contra a mulher, sem restrição para faixa etária; 2- Apresentação de indicadores clínicos interpretados como respostas humanas para o fenômeno da exposição à violência no público feminino; 3- Abordagem de análises referentes à identificação, definição e associação de tais indicadores perante a violência contra a mulher; e 4- Estudos que identificassem o diagnóstico de enfermagem “Síndrome Pós-Trauma” ou diagnósticos com definições semelhantes. Os critérios para exclusão dos estudos foram: 1- Estudos que abordassem ambos os sexos (masculino e feminino) perante a violência; 2- Apresentação exclusiva de fatores etiológicos relacionados à violência contra a mulher; 3- Ausência de algum dos tipos de diagnósticos referentes à exposição ao trauma.

A elegibilidade dos estudos foi verificada pela autora principal durante os dias 27 de dezembro de 2020 a 15 de janeiro de 2020. Foram realizadas leituras concisas dos títulos e resumos, sendo as publicações excluídas quando tais elementos não apresentavam os critérios de inclusão/exclusão exigidos. A leitura na íntegra tornou-se a última fase para seleção, com avaliação minuciosa da elegibilidade dos estudos e posterior justificativa para exclusão. O diagrama de fluxo do PRISMA (MOHER; LIBERATI; TETZLAFF; ALTMAN, 2009) foi adotado para melhor visualização da fase (Figura 2).

**Figura 2. Diagrama de fluxo PRISMA\* para seleção dos estudos primários. Fortaleza, Ceará, 2021.**



**Fonte:** Elaborada pela autora.

Os estudos selecionados para amostra final foram avaliados metodologicamente pelo instrumento adaptado *Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS-2)*, composto por 10 critérios separados de acordo com o acrônimo PIRD (WHITING; RUTJES; WESTWOOD; MALLETT; et al., 2011). A escolha para retirada ou não dos estudos foi desenvolvida pela autora, perante a pontuação obtida ao final de cada avaliação e a análise crítica quanto ao desfecho final dos estudos.

Ao todo foram selecionadas 16 publicações para a amostra final com o objetivo de identificar os elementos consequentes (indicadores clínicos) pertencentes ao diagnóstico de SPT em mulheres vítimas de violência, além das definições apropriadas de conceito e operacionalização de tais indicadores para a estrutura diagnóstica designada a tal grupo em específico.

Informa-se que a abordagem por meio das revisões sistemáticas foi considerada de suma importância para as informações necessárias e pertinentes ao estudo perante os elementos encontrados para a definição apropriada do diagnóstico, todavia, foram utilizados referenciais específicos para a área temática como literatura de apoio para o levantamento dos questionamentos ocorridos durante tal fase, sendo estes: *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado* (ENGELS, 1891), *O Poder do Macho* (SAFFIOTI, 1987) e *o Segundo Sexo* (BEAUVOIR, 1949).

#### ***1.4.1.3 Fundamentação na Teoria Feminista de bell hooks***

A adoção da Teoria Feminista de bell hooks, pseudônimo de Gloria Jean Walkins, filósofa e teórica feminista, ocorreu em decorrência da necessidade em serem explicadas as relações de poder entre o gênero masculino para com o gênero feminino, mais comum na definição para a ocorrência do fenômeno da violência e seus possíveis traumas físicos e psicológicos às mulheres envolvidas, assim como a necessidade de uma teoria maior que viesse a explicar a cadeia causal do fenômeno do diagnóstico de enfermagem SPT em mulheres vítimas de violência e como o feminismo pode ser uma base de apoio relevante na explicação de tal situação e para formas de enfrentamento do problema vivenciado.

É relevante mencionar que bell hooks baseou-se na filósofa Angela Davis, autora do livro “Mulheres, raça e classe” de 1981 - que iniciou a crítica perante o sistema capitalista, a luta feminista e a imersão de mulheres negras ao movimento e a importância de haver um “feminismo negro” como forma de inclusão e interpretação dos dilemas experienciados pelas mulheres que teriam as questões não apenas de gênero, como também de raça como empecilhos para seu desenvolvimento e igualdade entre os gêneros - para realizar suas obras mais famosas, como “A Teoria Feminista: da margem ao centro”, “E eu não sou uma mulher” e “O feminismo é para todo mundo”.

bell hooks aborda uma teoria que abrange todas as mulheres de diferentes classes, culturas e raças, contradizendo as idéias de Betty Friedan em “A Mística Feminina” quanto à opressão machista dentre as mulheres brancas que cuidavam do ambiente domiciliar, enquanto seus parceiros mantinham a renda econômica da família e, em certos casos, ocorria a opressão por meio dos tipos de violência perpetrados. Hooks (1984) defende em sua teoria o movimento feminista como estratégia para a não admissão dos tipos de opressão sobre (ou

entre) mulheres, assim como considera os homens como possíveis opressores, contudo, menciona que estes também podem ser potenciais “camaradas” na luta feminista para os direitos igualitários e a não violação do gênero, por meio do fenômeno da VCM.

Em sua teoria, bell hooks realiza a crítica da necessidade de introdução das mulheres que estão nas margens da sociedade para o centro, onde algumas classes de mulheres se encontram (em sua grande maioria, mulheres brancas), com o intuito de serem abordadas as suas demandas específicas, suas concepções e direitos, no qual formenta o conhecimento aprofundado do centro e das periferias para a construção de teorias que possam abranger todas as populações de mulheres que sofrem com a opressão de gênero, como também com as questões referentes à classe e raça. A teoria feminista pode ser compreendida de acordo com os três eixos necessários para a explicação da questão de gênero: raça, sexo e classe social (HOOKS, 1984).

O plano do movimento feminista, segundo bell hooks é tão relevante para os anos que se passaram à sua publicação, quanto aos dias atuais, no qual oferece edificações de um movimento em massa e que necessita ser buscado desesperadamente, a fim de haver a disseminação do movimento pelo mundo afora, com a luta pelos direitos igualitários e finalização gradual das questões de gênero. No entanto, o feminismo tem estado afastado da vida de várias pessoas da sociedade, tornando-se um pensamento muitas vezes rarefeito e irrelevante para a maioria das pessoas. bell hooks consegue escrever a idéia de um feminismo que possa ser praticado por todos e todas, assim como deve haver a prática da educação feminista com o objetivo da consciência crítica aos problemas de gênero (HOOKS, 1984).

A teoria feminista desafia e provoca quanto à necessidade da revolução feminista para um mundo livre do sexismo, em que a liberdade e a justiça deverão prevalecer, e, desta forma, um mundo sem dominação, a base para o fenômeno da VCM. bell hooks menciona que seguir pelo caminho feminista tornará tais afirmações mencionadas anteriormente verdadeiras. hooks também critica a idéia do pensamento feminismo moderno em que “todas as mulheres são oprimidas”. Segundo a teórica, o sexismo é, sem plenas dúvidas, um sistema de dominação institucionalizado, todavia, não deve determinar a forma absoluta do destino das mulheres em cada sociedade. A afirmação perante todas as mulheres serem oprimidas, tende a dizer que todas as mulheres carregam o mesmo fardo em comum, no qual fatores como classe, raça, religião, orientação sexual, entre outros, não deverão criar experiências distintas, em que a intensidade da força opressiva do sexismo na vida das mulheres varia de

caso a caso (HOOKS, 1984). Por essas e outras, é necessária a criação de uma TSE que vise identificar fatores contextuais que possam influenciar de forma negativa para a manifestação do diagnóstico de enfermagem frente ao problema da VCM.

Quanto à importância do movimento feminista para a finalização da violência, hooks afirma que o feminismo foi sucedido em chamar atenção para a pauta e para o basta necessário no fim da violência contra a mulher, contudo, por mais que tenha havido anos de intensa dedicação à causa, a VCM continua a crescer de forma insistente. Pode-se observar este crescimento, principalmente dos casos de feminicídio e violência doméstica com a atual pandemia e com o número de denúncias aumentando, ao passo que o assunto é divulgado incessantemente nas redes sociais. Hooks (1984) traz a VCM como distintas dos outros tipos de violência pelo fato de estar especificamente interligada às questões de sexismo e da dominação e supremacia masculina, na qual existe um direito do homem em dominar a mulher.

Outro ponto importante mencionado pela teórica seria da luta feminista para acabar com a VCM seja visualizada como parte de um movimento maior com o intuito de acabar com a violência em geral. Desde então, o feminismo tem focado primordialmente na violência masculina e, em consequência a isso, é fortalecido o estereótipo sexista que confirma homens como violentos e mulheres como sendo as vítimas. hooks aponta algo relevante em sua teoria, no qual ignora-se o fato de que tanto homens quanto algumas mulheres da sociedade tendem a perpetuar a ideia de que é normal um partido ou grupo dominante manter o poder sobre a parte dominada por meio do uso da força coercitiva (HOOKS, 1984).

Por último, afirma-se a ideia principal do mantimento da VCM, no qual toda relação, o poder exercido pela parte dominante será mantido e restaurado pela ameaça, seja ela levada a efeito ou não, no qual as punições abusivas, físicas, psicológicas ou sexuais poderão ser adotadas se a estrutura hierárquica for desafiada pela mulher (HOOKS, 1984).

#### **1.4.2 Definição do Modelo Teórico-Conceitual da Teoria**

A segunda etapa é dita enquanto a definição do modelo de conceito utilizado para a análise propriamente dita dos elementos antecedentes e consequentes e seus conceitos que possibilitarão o processo de racionalização quanto à estrutura básica da TMA construída (LOPES; SILVA, 2016).

Desta forma, utilizou-se o modelo conceitual de Lopes e Silva (2016) e Lopes, Silva e Herdman (2015) até então mencionados anteriormente, sendo que alguns autores afirmam que revisões integrativas e de outros tipos têm sido desenvolvidas com o objetivo de identificar os elementos em comum do diagnóstico em foco e suas definições operacionais (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

O modelo teórico utilizado para a construção da TMA foi a da Teoria Feminista de hooks (1984) – descrito no tópico 1.4.1.3 - que realiza o contraponto de outras teorias feministas formuladas para mulheres somente brancas, consideradas letradas e privilegiadas, que abordavam as relações de poder e patriarcado somente do centro e no qual adotavam uma única linha de visão que de forma rara incluía as mulheres vividas nas margens da sociedade. Segundo hooks (1984), sua teoria é pautada no movimento baseado em massas, analisa a cultura em um ponto de vista feminista enraizado em uma compreensão quanto ao gênero, classe e raça.

### 1.4.3 Definição dos Principais Conceitos

A terceira etapa é visualizada enquanto o esclarecimento do raciocínio clínico do diagnóstico por meio da formulação de definições de conceito e de operacionalização, ou seja, como os elementos antecedentes clínicos (fatores etiológicos causadores da situação) e consequentes clínicos (indicadores clínicos que representam os efeitos dos primeiros elementos mencionados) deverão ser mensurados de acordo com a análise crítica do profissional enfermeiro para a averiguação da apresentação de sinais e sintomas característicos de uma síndrome em decorrência do trauma em mulheres para o presente estudo em específico. Tais definições são dispostas como atributos essenciais ao diagnóstico estudado e revisado (LOPES; SILVA, 2016; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Diante dos artigos selecionados para a amostra final de ambas as revisões sistemáticas decorridas durante a primeira etapa deste estudo, a leitura do material possibilitou a identificação e escolha de elementos chave – fatores etiológicos e indicadores clínicos - que estivessem relacionados ao diagnóstico de SPT em mulheres vítimas de violência, assim como contribuíram para as definições conceituais e operacionais.

Conforme Lopes, Silva e Herdman (2015), os antecedentes clínicos segundo o raciocínio lógico e clínico para o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, são os fatores causais que estarão em um processo de interação para com um grupo, pessoa ou comunidade e que, desta forma, produzirão respostas psicossociais e fisiológicas. Os consequentes clínicos tornam-se a representação dos efeitos encontrados na interação dos indivíduos com os antecedentes clínicos, por meio de sua exposição/interação.

Para o estudo do diagnóstico de SPT, foram selecionados os elementos antecedentes, que são os fatores etiológicos responsáveis pela interação com o público feminino em si e os elementos consequentes como sendo os efeitos apresentados após a interação com os fatores, que estariam compondo o diagnóstico. Os antecedentes foram classificados como: 1- fatores precipitantes que tem por objetivo iniciar a cadeia causal; 2- fatores predisponentes que tendem a aumentar as chances de suscetibilidade do diagnóstico de SPT; 3- fatores incapacitantes que poderão interferir e/ou prejudicar a recuperação das

mulheres vitimizadas para a promoção da saúde; e 4- fatores reforçadores como ampliadores do efeito já condizente (LOPES; SILVA, 2016).

Os elementos consequentes foram mencionados como indicadores clínicos e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I existentes em outros domínios e classes, uma vez que se refere a um diagnóstico de síndrome e o julgamento clínico deve ser realizado pela identificação de elementos consequentes capazes de caracterizarem um diagnóstico de enfermagem da NANDA-I próprio.

Por fim, foram identificados 13 elementos antecedentes (fatores etiológicos) e 15 elementos consequentes, sendo estes: 12 diagnósticos de enfermagem pertencentes à NANDA-I e três indicadores clínicos como subsídios de conhecimento encontrados na literatura por meio das revisões. Os Quadros 3 e 4 apresentam tais elementos chaves condizentes com o diagnóstico de SPT em mulheres que sofrem e/ou sofreram algum tipo de violência/trauma.

**Quadro 3. Fatores etiológicos elencados na TMA para o diagnóstico de SPT. Fortaleza, Ceará, 2021.**

PRECIPITANTE	PREDISPONENTE	INCAPACITANTE	REFORÇADOR
Agressão física	Idade inferior aos 40 anos	Angústia da imagem corporal	Severidade dos sintomas depressivos
Agressão sexual	Baixo nível de escolaridade	Comportamentos de evitação	Histórico de depressão familiar
	Ausência de vínculo empregatício		
Agressão psicológica	Baixo nível de status socioeconômico		
Trauma infantil (agressão física e psicológica; negligência física e psicológica; e agressão sexual)	Suporte social inadequado*		

\*Elemento pertencente à NANDA-I.

**Fonte: Elaborada pela autora.**



**Quadro 4. Diagnósticos de enfermagem e indicadores clínicos elencados na TMA para o diagnóstico de SPT. Fortaleza, Ceará, 2021.**

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA-I) *</b>	<b>INDICADOR CLÍNICO</b>
Desesperança (00124) **	Ideação Paranoica
Baixa Autoestima Situacional (00120)	Hostilidade
Automutilação (00151)	Compulsão Alimentar
Ansiedade (00146) **	
Sobrecarga de Estresse (00177)	
Enfrentamento Ineficaz (00069)	
Fadiga (00093)	
Regulação de Humor Prejudicada (00241)	
Distúrbio na Imagem Corporal (00118)	
Insônia (00095)	
Obesidade (00232)	
Medo (00148) **	

\*Os diagnósticos elencados estão dispostos enquanto elementos consequentes do diagnóstico de SPT, sendo também considerados como indicadores clínicos, no qual utilizou-se o termo diagnóstico somente para termos de nomenclatura da NANDA-I e para composição do diagnóstico de síndrome.

\*\*Elementos pertencentes à NANDA-I.

**Fonte: Elaborada pela autora.**

Ressalta-se que das 33 características definidoras (indicadores clínicos) pertencentes ao diagnóstico de SPT atual, somente três (Desesperança, Medo e Ansiedade) ainda estiveram presentes e dos sete fatores relacionados (fatores etiológicos), apenas um (Suporte social inadequado) esteve presente na TSE.

Observa-se um número considerável de elementos antecedentes e consequentes inovados para o diagnóstico conforme o público estudado, o que pressupõe os ideais teóricos de Hooks (1984) quanto aos fatores precipitantes encontrados sobre as relações de poder impostas, no qual o poder exercido pela parte dominante deve ser mantido enquanto ameaça (tendo o devido efeito por meio da apresentação de sinais e sintomas como efeitos para tal situação) de que as punições abusivas, físicas ou psicológicas devem ser utilizadas ao passo que a estrutura hierárquica patriarcal seja desafiada.

bell hooks descreve em sua teoria a necessidade para a explicação teórica de agressões físicas, onde se deve identificar em quais condições ocorre a VCM, dividindo os

caminhos pelo qual o movimento feminista deve atuar para acabar com tais atos. Os tipos de agressão (física, sexual e psicológica) encontrados nesta teoria, pressupõe a idéia de hooks quanto à opressão histórica de dominação masculina que ocorre dentro da família (grande parte dos casos são relacionados à VPI) e que tende a serem reforçados por instituições, arranjos econômicos e a própria divisão sexista do trabalho na sociedade capitalista (HOOKS, 1984).

Perante o trauma infantil ao público feminino, a teórica aborda a não diminuição da gravidade da violência masculina contra a mulher, uma vez que deve ser enfatizado que as mulheres (as mães, por exemplo) também realizam o uso da autoridade coercitiva quando se encontram em uma posição de poder e que precisa ser reconhecido a fim de que tais mulheres, assim como os homens necessitem trabalhar o desapego à educação que tende a naturalizar a manutenção do poder mediante o uso da força (HOOKS, 1984).

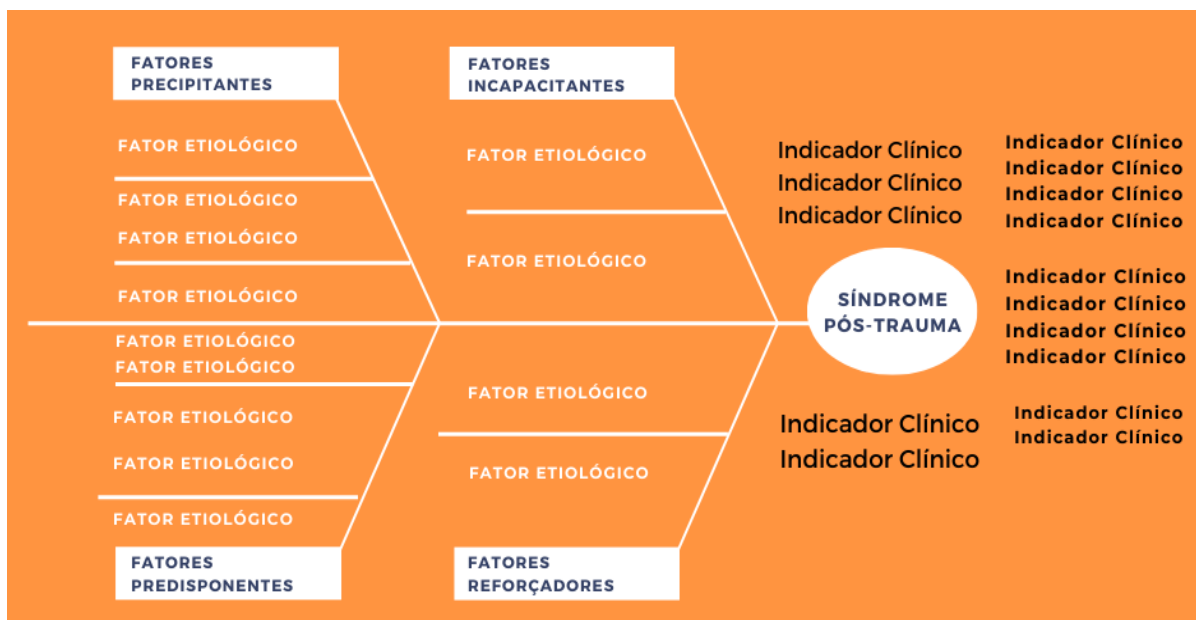
Aos fatores predisponentes como nível de renda socioeconômica, nível de escolaridade e suporte social inadequado, bell hooks aborda que as identidades de raça e classe criam diferenças às mulheres vítimas de violência – raramente superadas – em termos de qualidade de vida, status social e estilo de vida, imperando nas experiências comuns que podem ser compartilhadas entre as mulheres, como o fenômeno da VCM e a presença futura do diagnóstico de enfermagem SPT em decorrência desses fatores tornarem-nas mais suscetíveis à sua manifestação diagnóstica (HOOKS, 1984).

#### 1.4.4 Desenvolvimento de um Diagrama Pictorial

A quarta etapa é definida pela construção de um pictograma que possa representar de forma gráfica as relações conceituais apresentadas. Deve ser composto pelos elementos encontrados em uma figura que possa resumir a TMA e os elementos chave selecionados (LOPES; SILVA, 2016). Pelo diagrama pictorial, pode-se visualizar as correlações perante os elementos antecedentes (fatores etiológicos), elementos consequentes (indicadores clínicos) e o fenômeno de interesse do estudo. O diagrama possibilita o estabelecimento de relações de causalidade entre os elementos de cada conjunto.

O Diagrama de Ishikawa, também mencionado como “Diagrama Espinha de Peixe” tem por função auxiliar as análises de organização na busca das causas principais de um problema (Figura 3). Tal método foi utilizado a fim de representar graficamente as relações de causalidade e efeito. A Figura 3 apresenta a interação dos elementos antecedentes e elementos consequentes para com o diagnóstico de SPT em mulheres vítimas de violência.

**Figura 3. Diagrama de Ishikawa explicativo perante os fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico de SPT. Fortaleza, Ceará, 2021.**



Fonte: Elaborada pela autora.

### 1.4.5 Construção das Proposições

Conforme Lopes e Silva (2016), os elementos encontrados precisam ser implementados à prática assistencial do profissional enfermeiro. As proposições devem estabelecer claramente a relação clínica perante os elementos antecedentes e consequentes do diagnóstico estudado – neste caso, a SPT- e de que maneira os indicadores clínicos (características definidoras pela NANDA-I) são visualizados enquanto consequências da resposta humana do diagnóstico presente. Os autores estipulam a relevância da correlação para com outros diagnósticos de enfermagem, no qual podem ser informados pontos em comum referentes aos sinais e sintomas encontrados no público em questão.

Para tal diagnóstico de SPT, tal afirmativa é totalmente válida, uma vez que, por ser um diagnóstico de síndrome, sua definição propriamente dita condiz com o julgamento clínico da identificação de características definidoras que seriam outros diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, tornando-o interligado a outros possíveis diagnósticos que estariam realizando o papel principal de características definidoras do SPT.

Os autores mencionam que tal fase de interligação é necessária para a diferenciação dos diagnósticos de enfermagem que são compostos por indicadores clínicos semelhantes ou iguais, além de determinar a especificação profunda do diagnóstico de SPT para a população em específico (LOPES; SILVA, 2016). A construção das proposições deve ocorrer de uma forma que os fatores etiológicos (relacionados e/ou de risco) sejam colocados em primeiro lugar de acordo com a sua relação na ordem de antecedência da ocorrência do diagnóstico. É necessário que seja desenvolvido um processo hierárquico para as proposições mencionadas, iniciando pelos fatores primários (fatores biológicos ou biopsicossociais), repassando para os secundários (fatores ambientais e constitucionais) e, posteriormente, os fatores terciários (fatores socioeconômicos) (LOPES; SILVA, 2016).

#### **1.4.6 Estabelecimento das Relações de Causa e Evidência para a Prática**

A sexta e última fase de desenvolvimento da TMA deve incluir a descrição do modelo teórico causal utilizado para o diagnóstico de enfermagem SPT, no qual necessita indicar as relações clínicas de causalidade que possibilitam a condução de um raciocínio/julgamento clínico lógico e verificável para a pesquisa em si. Para um melhor entendimento em tal fase, alguns exemplos foram descritos a fim de melhorar a visualização das relações de causa e efeito (LOPES; SILVA, 2016).

Os modelos de causa utilizados para a TMA são diferenciados da seguinte maneira: linear, efeito dominó, efeito gatilho, efeito borboleta, salto de qualidade e causas suficientes. Cada efeito refere-se a uma definição específica para a sua causalidade, contudo, tais efeitos averiguam e possibilitam que sejam realizadas evidências clínicas de forma concreta e a devida correlação dos resultados encontrados para com a literatura e a realidade encontrada na clínica em si (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Para a presente pesquisa, foi utilizado o modelo para causas suficientes a fim de realizar a causalidade entre os elementos encontrados.

## **1.5 TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA DA SÍNDROME PÓS-TRAUMA PARA MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

### **1.5.1 Conceitos chave da Síndrome Pós-Trauma**

Os elementos escolhidos foram classificados de acordo com os conceitos classificados por Lopes e Silva (2016) como: fatores precipitantes, predisponentes, incapacitantes e reforçadores definidos no tópico 1.4.3 para os elementos antecedentes e conforme Hooks (1984) aborda em sua teoria perante a cadeia causal da VCM. Os elementos consequentes foram identificados perante diagnósticos de enfermagem da Taxonomia da NANDA-I em decorrência do diagnóstico de SPT estudado enquanto síndrome e para três destes elementos como indicadores clínicos componentes do SPT.

Os conceitos clarificados em tal fase estão interligados à VCM enquanto dispositivo necessário para o aparecimento dos elementos antecedentes (fatores etiológicos) e consequentes (indicadores clínicos) para a obtenção de uma resposta humana mal adaptada ao trauma sofrido.

As duas revisões sistemáticas propiciaram a identificação de 13 elementos antecedentes (fatores etiológicos) e 15 elementos consequentes (diagnósticos e indicadores), sendo que, para a versão atual da NANDA-I, somente um elemento antecedente esteve presente (Suporte social inadequado) enquanto fator relacionado; e três elementos consequentes (Desesperança, Ansiedade e Medo) estiveram contemplados à proposta atual da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

O conteúdo apresentado a seguir representa as definições dos elementos elencados pelas revisões e o estudo dos diagnósticos presentes a NANDA-I. Iniciando pelo conceito trazido pela NANDA-I, a SPT apresenta algumas semelhanças com a etiqueta do diagnóstico Risco de Síndrome Pós-Trauma da taxonomia.

O tal diagnóstico de SPT é visualizado na NANDA-I em um contexto de exposição geral ao trauma para qualquer população, sem haver as devidas especificidades a cada situação vivenciada como a de VCM que pode influenciar danos físicos em curto prazo e danos psicológicos em longo prazo, o que propicia para a inadequação dos elementos de SPT ao público-alvo estudado. O STP torna-se um fenômeno ampliado ao contexto de mulheres

que são vítimas de violência àquilo que é proposto pela NANDA-I atualmente. Construiu-se uma definição apropriada ao fenômeno de SPT em mulheres vítimas de violência que envolveu termos diferenciados àqueles encontrados na definição da NANDA-I. A nova definição para o diagnóstico será exposta ao final deste tópico.

## **Fatores Precipitantes para o SPT**

### **a. Agressão sexual**

Refere-se a qualquer ato ou conduta baseada na questão do gênero feminino que possa causar dano ou sofrimento sexual à mulher nas esferas pública e privada (ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994). Este tipo de agressão à mulher pode ocorrer em diferentes âmbitos, tais como familiar ou em qualquer relação interpessoal (BRASIL, 2009).

O Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde a definiu enquanto múltiplas formas de apresentação, sendo estas: qualquer ato do tipo sexual, tentativas de obtenção do ato sexual, comentários e/ou investidas sexuais consideradas indesejadas pela mulher e atos referentes ao tráfico sexual. A agressão sexual volta-se contra o respeito à sexualidade da vítima, devido à coação criada pela outra pessoa, sem haver a dependência de relações, podendo acontecer em qualquer cenário (casa, trabalho), contudo, não estando limitado apenas a estes (OMS, 2002).

Tal agressão enquadra-se como um dos cinco tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher pela Lei de nº 11.340 (Lei Maria da Penha) pelo Capítulo II, art. 7º, inciso III definido como sendo:

Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006, p.1).

O fator poderá ser avaliado por meio do relato da participante durante a anamnese realizada pelo profissional enfermeiro quanto à ocorrência de algum dos tipos anteriormente mencionados enquanto uma “agressão sexual” durante o seu tempo de vida, sem haver restrições de faixa etária.

Para mulheres que tenham sofrido a agressão sexual por um parceiro íntimo, o enfermeiro pode mensurar por meio do Instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW STUDY), validado para o português com análise fatorial e podendo ser utilizado em investigações populacionais, assim como em serviços de saúde e/ou outros que tenham o interesse de obter informações perante VCM. O instrumento consiste em perguntas que devem ser respondidas de forma dicotômica, no qual, quanto maior o score obtido, maior será a diversidade de atos violentos, quanto ao subtópico pertencente à violência sexual. O fator foi considerado presente quando pelo menos dois dos itens forem assinalados como afirmativos pela mulher (Quadro 5) (SHCRAIBER; et al., 2010).

**Quadro 5. Subtópico pertencente à violência sexual do instrumento WHO VAW STUDY validado para o português.**

Item	Pergunta afirmativa	Sim	Não
<b>A</b>	Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria.		
<b>B</b>	Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer.		
<b>C</b>	Forçou-a uma prática sexual degradante ou humilhante.		

Fonte: Schraiber; et al. (2010).

**b. Agressão física**

Trata-se de qualquer conduta e/ou ato que venha a lesionar a integridade ou saúde corporal da mulher, sendo classificados como: espancamento, atirar objetos, sacudir e/ou apertar os membros superiores, estrangulamento ou sufocamento, lesões com objetos perfurocortantes, ferimentos e/ou hematomas causados devido a queimaduras ou armas de fogo e a tortura. A agressão também se encontra como um dos cinco tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher pela Lei de nº 11.340 (Lei Maria da Penha) pelo Capítulo II, art. 7º e inciso I (BRASIL, 2006).

O fator poderá ser avaliado por meio do relato da participante durante a anamnese realizada pelo profissional enfermeiro quanto à ocorrência da agressão física. Para mulheres que tenham parceiros íntimos, o instrumento WHO VAW STUDY validado para o português poderá ser utilizado como forma de mensuração do tipo de violência física, devendo ser



respondido pela mulher agredida fisicamente de forma dicotômica, sendo que, quanto maior o score obtido com cada questão, maior será considerada a violência acometida. O fator foi considerado presente quando pelo menos quatro dos itens forem assinalados como afirmativos pela mulher (Quadro 6) (SHCRAIBER; et al., 2010).

**Quadro 6. Subtópico pertencente à violência física do instrumento WHO VAW STUDY validado para o português.**

Item	Pergunta afirmativa	Sim	Não
<b>A</b>	Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la.		
<b>B</b>	Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão.		
<b>C</b>	Machucou-a com um soco ou com algum objeto.		
<b>D</b>	Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você.		
<b>E</b>	Estrangulou ou queimou você de propósito.		
<b>F</b>	Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você.		

Fonte: Schraiber; et al. (2010).

**c. Agressão psicológica**

Tal fator está adentrado a um dos tipos de VCM segundo a Lei de nº. 11.340, popularmente conhecido por “Lei Maria da Penha”, que a define por meio do Capítulo II, art. 7º e inciso II como:

Qualquer conduta que lhe cause danos emocionais e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006, p. 1).

O fator será avaliado pela anamnese feita pelo enfermeiro, por meio do relato da mulher vítima de violência, no qual será possível identificar se houveram indícios de agressão psicológica às vítimas. Para mulheres que tenham parceiros íntimos, o instrumento WHO VAW STUDY validado para o português poderá ser utilizado como forma de mensuração do tipo de violência psicológica, devendo ser respondido pela mulher de forma dicotômica, sendo que, quanto maior o score obtido com cada questão, maior foi considerado o grau de

violência àquela mulher. O fator será considerado presente quando pelo menos dois dos itens forem assinalados como afirmativos pela mulher (Quadro 7) (SHCRAIBER; et al., 2010).

**Quadro 7. Subtópico pertencente à violência psicológica do instrumento WHO VAW STUDY validado para o português.**

Item	Pergunta afirmativa	Sim	Não
<b>A</b>	Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma.		
<b>B</b>	Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas.		
<b>C</b>	Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito.		
<b>D</b>	Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta.		

Fonte: Schraiber; et al. (2010).

**d. Trauma infantil**

Tal fator pode ser compreendido enquanto qualquer abuso físico e sexual, como também abuso emocional e/ou negligência física e emocional ao gênero feminino durante a fase da infância (OMS, 2002), compreendida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) até os doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1990).

O fator pode ser mensurado de acordo com o instrumento autoaplicável *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) que visa a investigação de histórias de abuso e negligência durante a infância (BERNSTEIN; FINK, 1998). O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa por meio de etapas que envolveram: tradução, retradução, correção e adaptação semântica, validação de conteúdo por profissionais da área e avaliação por amostra de uma população-alvo (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

O Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) é elencado por 28 itens, avaliados primeiramente por Bernstein e Fink (1998) e, posteriormente, traduzido e validado para o português, podendo ser utilizado pelas mulheres a partir dos 12 anos idade até a idade adulta, por meio de 28 frases assertivas que devem ser respondidas por meio de uma escala *Likert* com pontuação de 0 a 4, sendo 0 (Nunca); 1 (Poucas Vezes); 2 (Às vezes); 3 (Muita Vezes); e 4 (Sempre) (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

Ressalta-se que o QUESI não serve como único instrumento para critério diagnóstico, sendo que nem o CQT (instrumento original) possui tal objetivo. Todavia, pode

ser utilizado para fins de investigação da história de maus tratos durante a infância como instrumento de pesquisa no auxílio da avaliação clínica do enfermeiro (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006). O instrumento encontra-se em ANEXO A para maiores detalhes. O relato da participante por meio da anamnese feita pelo enfermeiro também servirá como base da investigação e mensuração dos traumas ocorridos durante a infância destas mulheres para avaliação de presença ou ausência deste fator.

### **Fatores Predisponentes para o SPT**

#### **e. Idade inferior aos 40 anos**

Divisão perante a população feminina de acordo com a época em que nasceram, ou seja, havendo uma distribuição de acordo com as idades. Neste caso, foram consideradas mulheres com faixa etária inferior aos 40 anos de idade incompletos (BRASIL, 2015). Tal fator pode ser avaliado por meio do relato da participação e pela conferência de um documento em uma entrevista semiestruturada que norteará o questionamento perante a sua faixa etária.

#### **f. Baixo nível de escolaridade**

Variável explicativa que agrega informações perante o nível de educação/escolaridade de um indivíduo para a contextualização de um fenômeno social, neste caso, para mulheres que tenham sido vítimas de violência (BUCHMANN, 2002; OAKES; ROSSI, 2003; SIRIN, 2005; ALVES; SOARES, 2009). Este fator pode ser avaliado por meio de uma entrevista semi-estruturada que será realizada pelo profissional enfermeiro para com a participante do estudo, com as seguintes opções: até o primeiro grau da escola, até o segundo grau da escola, estudante de ensino técnico, estudante de graduação e pós-graduação.

#### **g. Ausência de vínculo empregatício**

Variável explicativa que busca a identificação de informações necessárias quanto ao nível de ocupação e vínculo empregatício de uma pessoa a sociedade em que vive como forma de análise de algum fenômeno social, no caso do atual estudo, a VCM (BUCHMANN, 2002; OAKES; ROSSI, 2003; SIRIN, 2005; ALVES; SOARES, 2009). O fator pode ser mensurado de acordo com a entrevista semiestruturada realizada pelo enfermeiro quando a

presença ou ausência de contrato empregatício por parte da participante, com as seguintes opções: estudante, outra ocupação e desempregada, aposentada ou pensionista.

#### **h. Baixo nível de status socioeconômico**

Variável explicativa cuja medida deve ser feita por meio da avaliação das informações referentes à riqueza e/ou rendimento dos indivíduos para a explicação de um fenômeno social existente (BUCHMANN, 2002; OAKES; ROSSI, 2003; SIRIN, 2005; ALVES; SOARES, 2009). Este fator pode ser avaliado de acordo com o relato feito pela participante perante o número de salários mínimos referentes ao seu salário atual por meio da entrevista semi-estruturada feita pelo enfermeiro.

#### **i. Suporte social inadequado**

Os estudos trazem diferentes tipos de definições conceituais para o que seria o suporte social. Segundo Bowling (1991), o apoio social é visualizado enquanto processo interativo, no qual as pessoas terão ajuda emocional, material e/ou econômica de sua rede de familiares e amigos. Thoist (1982) menciona o apoio social como uma percepção subjetiva e define-o como o conjunto de elementos estruturais e/ou funcionais, reais e/ou observáveis, em que tal indivíduo recebe de sua comunidade, família e amigos. O autor o classifica em dois componentes, sendo estes: o estrutural referente à rede social da pessoa; e o funcional. O estrutural está relacionado a quantidade de relações interpessoais ou número de pessoas no qual a pessoa tem a recorrer quando necessita de ajuda. O funcional é partido de um conceito subjetivo, onde o próprio ser deve recorrer a sua disponibilidade em se autoajudar.

Para avaliar o fator quanto à inadequação do suporte social das mulheres vitimizadas pela violência, foi utilizado o questionário *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS), validado para a versão portuguesa, com boa avaliação da consistência interna pelo alpha de Cronbach com as subescalas variando entre 0,873 e 0,967; e a confiabilidade teste-reteste com 0,862 para o teste e 0,972 para o reteste. A análise fatorial foi realizada para a validação em si do instrumento, com o teste de Bartlett indicando variância significativa perante os quatro fatores componentes do instrumento (apoio emocional, material, afetivo e interação social positiva). O questionário foi traduzido por dois profissionais da saúde bilíngues em inglês e português. Consiste em 20 itens com escala Likert com uma pontuação de 1 a 5, sendo: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Quase Sempre; e 5- Sempre. Quanto menor o score obtido pela participante, maior será o seu suporte

social inadequado, podendo ser considerado como presente tal fator (ALONSO; et al., 2007). O questionário MOS-SSS segue presente no ANEXO B para maiores detalhes.

## **Fatores Incapacitantes para o SPT**

### **j. Angústia da imagem corporal**

Define-se enquanto um constructo multidimensional, no qual haverá a angústia e insatisfação da autoimagem, correlacionado ao contexto subjetivo de cada mulher perante o seu senso de estado corporal. O foco primário para tal situação, porém não exclusivo, é a aparência física, seguido de abrangência do comportamento da angústia para os fenômenos perceptuais, cognitivos e afetivos (THOMPSON; et al., 1999). Para Altabe e Thompson (1996), a imagem corporal é organizada como uma estrutura cognitiva ou esquema referente à representação interna da aparência de um indivíduo.

Pela VCM, a angústia da imagem corporal é definida como um fator preditivo para possíveis transtornos psicossociais, uma vez que podem ser ocorridas lesões agudas referentes à agressão física e desgastes emocionais em decorrência da agressão psicológica, que tendem a possibilitar o aumento gradual da insatisfação para com a imagem corporal (FAUERBACH; et al., 2000; THOMBS; et al., 2008).

O fator foi mensurado pelo instrumento de autorrelato intitulado por *The Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) dos autores Rosen e Reiter (1996), validado para a versão portuguesa brasileira por Jorge et al. (2008), com boa consistência interna pelo alpha de Cronbach (0,892), para o coeficiente de correlação de intraclasses (0,91) e para o método de teste-reteste (0,87). A validade de constructo foi obtida por meio do coeficiente de correlação de Pearson em comparação com a escala de autoestima de Rosenberg que não apresentou correlações entre ambas, com coeficiente de 0,229 (JORGE; et al., 2008).

O instrumento é composto por 32 itens e tem por objetivo principal a detecção do diagnóstico Transtorno Dismórfico Corporal, que segue as diretrizes do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV). Todavia, para o presente estudo, somente algumas questões serão utilizadas a fim de se identificar o fator de angústia da imagem corporal em mulheres vitimizadas pela violência. O Critério B- A preocupação causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo em áreas sociais, profissionais, ou outras áreas

importantes de funcionamento -do DSM-IV será adotado para melhor mensuração do fator e a pontuação máxima do instrumento são de 168 pontos, no qual devem ser considerados escores maiores que 66 com certo grau de insatisfação com a aparência (JORGE; et al., 2008). Ao todo, serão utilizados 26 itens do BDDE e o fator pode ser considerado como presente quando houver pontuação maior que 60 pontos, encontrado no ANEXO C para melhor visualização.

#### **k. Comportamentos de evitação**

Segundo Folkman e Lazarus (1986), os comportamentos de evitação são reconhecidos como constituintes do constructo da resiliência psicológica, no qual ocorre a apropriação de estratégias mediante o ambiente vivenciado para a regulação de suas emoções e cognições quando desafiadas em situações estressantes, neste caso, pela VCM.

Este fator foi adentrado enquanto característica definidora da NANDA-I ao atual diagnóstico de SPT, todavia, deve ser colocado como um fator que incapacita a recuperação de mulheres vítimas de violência, ocasionado o fenômeno do estudo. O fator consiste em uma ou mais estratégias de enfrentamento utilizadas à situação vivenciada que são observadas como fontes de periculosidade. As estratégias são vistas pelas mulheres que sofrem de violência como sendo um meio flexível para a evitação quanto à violência/trauma sofrido, assim como são consideradas mais efetivas do que as estratégias que buscam o foco no problema em si, sem que atinjam o seu relacionamento íntimo. O uso abusivo de drogas ilícitas e álcool são algumas das exemplificações que caracterizam o comportamento de evitação em mulheres vítimas de violência, principalmente em casos de VPI (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; FINE, 1992; WEISS; DUKE; SULLIVAN, 2014).

O fator foi mensurado por meio do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985), traduzido e validado para o português por Savoia, Santana e Meijas (1996), consistindo de 66 itens em uma escala com pontuação de 0 a 3, sendo 0 (Não usei esta estratégia); 1 (Usei um pouco); 2 (Usei bastante); e 3 (Usei em grande quantidade). O instrumento foi validado por meio da validação concorrente com o Inventário do Controle de Estresse (LIPP, 1984) com coeficiente de correlação de Pearson em 0,143 ( $p=0,050$ ), validação fatorial, validação por consistência interna com escores totais de 0,424 e 0,688 ( $p<0,001$ ) e sua precisão (método teste-reteste). Os resultados apresentam o uso preciso e válido do inventário, conforme os padrões aceitos pela área da Psicologia (SAVOIA; SANTANA; MEJIAS, 1996).

Foram adotados 19 itens para a mensuração do fator de acordo com as necessidades do estudo, sendo considerado presente por meio de score acima de 38 pontos para tal fator (Tabela 1).

**Tabela 1. Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985) traduzido e validado por Savoia, Santana e Mejias (1996).**

<b>Item</b>	<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>
4	Deixe o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0 1 2 3
6	Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa.	0 1 2 3
10	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0 1 2 3
12	Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0 1 2 3
13	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0 1 2 3
16	Dormi mais que o normal.	0 1 2 3
17	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0 1 2 3
21	Procurei esquecer a situação desagradável.	0 1 2 3
22	Procurei ajuda profissional.	0 1 2 3
28	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0 1 2 3
29	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0 1 2 3
31	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0 1 2 3
32	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0 1 2 3
33	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0 1 2 3
36	Encontrei novas crenças.	0 1 2 3
40	Procurei fugir das pessoas em geral.	0 1 2 3

44	Minimizei a situação, me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0 1 2 3
50	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0 1 2 3
53	Aceitei, nada poderia ser feito.	0 1 2 3

Fonte: Savoia; Santana; Mejias (1996).

## Fatores Reforçadores para o SPT

### 1. Severidade dos sintomas depressivos

O fator pode ser definido como um aumento dos sintomas depressivos em decorrência da exposição a um evento traumático (STTAPENBECK; et al., 2013). Para sua mensuração, a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) será utilizada para fins de avaliar o nível de severidade dos sintomas depressivos existentes na participante. A escala foi produzida em 1960 por Max Hamilton e composta de 21 itens originalmente. Todavia, Hamilton (1960) solicitou a retirada dos últimos cinco itens da escala referente aos domínios de variação diurna, despersonalização/desrealização, sintomas paranoides e sintomas obsessivos-compulsivos, pois os mesmos apenas ajudavam a definir a depressão e não o seu grau de severidade.

Tal escala é considerada como “padrão-ouro” para a validação de outros instrumentos quanto à avaliação de quadros depressivos (GALLUCCI NETO; et al., 2001; FREIRE; et al., 2014). A escala foi validada para a versão no português por meio do estudo de Freire, et al. (2014), com validação por dois estudos, o primeiro visando determinar a sensibilidade e especificidade da escala em um grupo clínico de 1.560 jovens; e o segundo estudo com a validação de conteúdo com cinco especialistas da saúde (três psiquiatras e dois psicólogos). O teste de Kolmogorov-Smirnov não seguiu a distribuição normal padronizada ( $p < 0,001$ ). Sendo assim, a comparação de pontuações da escala no grupo clínico e grupo controle classificados por meio da entrevista clínica, utilizando-se como referência a variável de “depressão atual”, foi adotado o teste de Mann-Whitney (FREIRE; et al., 2014).

A pontuação média realizada pelo teste de Mann-Whitney indicou presença significativa de diferença entre os dois grupos ( $U=466,50$ ,  $p < 0,001$ ). A Análise dos Componentes Principais foi adotada para verificar a unidimensionalidade da escala, identificando-se um fator geral para os 16 itens, explicando 19,63% da variância dos



resultados. As cargas fatoriais dos itens variaram entre 0,32 (Ansiedade psíquica) e 0,78 (Insônia tardia), o que sugere uma boa avaliação dos 16 itens à depressão geral. A escala foi denominada com cinco fatores: Humor deprimido (F1), Anorexia (F2), Insônia (F3), Somatização (F4) e Ansiedade (F5). Pela validação com os cinco juízes, quanto à análise referente a pertinência da representatividade dos itens ao constructo da depressão, todos os itens foram considerados adequados por 80% ou mais dos juízes 9 (FREIRE; et al., 2014).

A escala não apresenta pontos de corte específicos segundo a literatura, todavia, a prática clínica afirma que, escores acima dos 25 pontos devem ser visualizados como característicos de pacientes gravemente deprimidos; os escores entre 18 e 24 pontos como paciente moderadamente deprimidos; e os escores entre 7 e 17 pontos são considerados paciente com quadro de depressão leve (MORENO; MORENO, 1998; FREIRE; et al., 2014) (Tabela 2).

**Tabela 2. Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (1960) validada para versão no português por Freire; et al. (2014).**

Item	Questão afirmativa	Resposta
1	Humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)	0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido 2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras 3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal espontânea do paciente
4	Insônia inicial	0. Sem dificuldades para iniciar o sono 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para iniciar o sono, isto é, mais de meia hora 2. Queixa-se de dificuldade para iniciar o sono todas as noites
6	Insônia tardia	0. Sem dificuldades 1. Acorda no início da manhã, mas volta a

		dormir 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama
9	Agitação	0. Nenhuma 1. Inquietude 2. Mexe com as mãos, com os cabelos etc. 3. Mexe-se, não consegue sentar quieto 4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios
10	Ansiedade psíquica	0. Sem dificuldade 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala 4. Medos expressos sem serem questionados
15	Hipocondria	0. Ausente 1. Maior percepção de alterações sensoriais em seu corpo 2. Preocupação com a saúde 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda etc. 4. Ideias delirantes hipocondríacas
16	Perda de peso (marcar A ou B) A. Quando avaliada pela história clínica	0. Sem perda de peso 1. Provável perda de peso associada ao transtorno atual 2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente) 3. Não avaliada
16	B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso	0. Menos de 0,5 kg de perda por semana 1. Mais de 0,5 kg de perda por semana 2. Mais de 1 kg de perda por semana 3. Não avaliada

Fonte: Freire; et al. (2014).

### **m. Histórico de depressão familiar**

Sintomas depressivos existentes no histórico de saúde dos familiares, que se correlaciona aos sintomas presentes no diagnóstico de SPT em mulheres vitimizadas pela violência (MASON; et al., 2014). Esse fator pode ser avaliado por meio do relato da

participante durante a anamnese, por meio de uma entrevista semiestruturada que questione a ausência ou presença de sintomas depressivos dentro de seu histórico familiar.

## **Diagnósticos de Enfermagem para o SPT**

### **a. Desesperança (00124)**

O diagnóstico pertencente ao domínio 6 (Autopercepção) e classe 1 (Auto concepção), é definido como um estado de subjetividade onde o indivíduo visualiza suas alternativas limitadas ou visualiza-se sem nenhuma alternativa disponível para suas escolhas pessoais e está inapto a mobilizar energias a si mesmo (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). A desesperança é compreendida como um constructo psicológico relevante, referentes às expectativas negativas em relação a si mesmo e à vida futura e um estado emocional negativo definido pela falta de solução aos problemas (YIP; CHEUNG, 2006). Observa-se uma alteração da definição do diagnóstico, uma vez que a definição dada por Yip e Cheung (2006) caracteriza-se como sendo mais abstrata em comparação ao da NANDA-I.

Para tal estudo, o diagnóstico pode ser mensurado de acordo com 10 características definidoras: alteração no padrão de sono, diminuição do afeto, diminuição do apetite, diminuição na iniciativa, diminuição da resposta para estímulo, diminuição da verbalização, verbalização desanimada, passividade, contato visual diminuído e encolhimento dos ombros em resposta ao enfermeiro (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Ambiente inadequado no cuidado e afastar-se do autofalante foram as únicas características que não serão adotados, uma vez que não representam a ideia de definição para o diagnóstico de desesperança no atual estudo.

Como não há instrumentos apropriados para a mensuração do diagnóstico de Desesperança, além da Escala de Desesperança de Beck, porém, esta sendo de uso privativo do profissional psicólogo, foi adotada as características definidoras do diagnóstico de enfermagem mencionados anteriormente, sendo repassados por etapa de validação a fim de torná-los mensuráveis à população estudada.

### **b. Baixa Autoestima Situacional (00120)**

Este diagnóstico pertence ao domínio 6 (Autopercepção) e classe 2 (Autoestima) e tem como definição principal, a construção de uma percepção negativa de si mesmo em

resposta a uma situação atual (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Conforme Rosenberg (1965), a autoestima deve ser entendida como um conjunto de sentimentos e pensamentos da pessoa quanto ao seu próprio valor, competência e capacidade em enfrentar os desafios, que deve repercutir em uma atitude positiva ou negativa (Baixa autoestima) em relação a si mesmo.

O diagnóstico pode ser mensurado pelas características definidoras escolhidas a seguir: desamparo, comportamento indeciso, comportamento não assertivo, falta de propósito, verbalizações auto negativas, desafio situacional do próprio valor, subestimação da capacidade em lidar com a situação (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021; CASTRO, 2021).

Para melhor mensuração, a Escala de Autoestima de Rosenberg foi utilizada com a versão para o português, validado e traduzido por Dini, Quaresma e Ferreira (2001) com boa validade de reprodutibilidade ( $p < 0,5$ ). A escala consiste em 10 itens com pontuação que variam de 0 a 3 (0=concordo plenamente; 1= concordo; 2= discordo; e 3= discordo plenamente), apresentado a seguir na Tabela 3. Ressalta-se que o diagnóstico foi considerado como ausente quando a pontuação final obtida ultrapasse os 20 pontos, assim como as características definidoras do diagnóstico da NANDA-I sejam interpretados como presentes pelo profissional enfermeiro, após a validação de constructo de tais características.

**Tabela 3. Adaptação da Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) por Dini, Quaresma e Ferreira (2001).**

Item	Questão afirmativa	Resposta
1	De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma.	0 1 2 3
2	Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros).	0 1 2 3
3	Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.	0 1 2 3
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem	0 1 2 3

- quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
- 5** Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar. 0 1 2 3
- 6** Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas). 0 1 2 3
- 7** Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas. 0 1 2 3
- 8** Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesma. 0 1 2 3
- 9** Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada. 0 1 2 3
- 10** Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesma. 0 1 2 3

Fonte: Dini; Quaresma e Ferreira (2001).

### c. Automutilação (00151)

Pela NANDA-I, esse diagnóstico pertencente ao domínio 11 (Segurança/proteção) e classe 3 (Violência) e pode ser definido enquanto um comportamento deliberado de autolesão que vem a causar lesão tecidual com o objetivo de causar agressões que não sejam fatais ao organismo com o intuito de melhorar a tensão e o desgaste psicológico (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Outros autores a definem de forma similar àquela esperada pela NANDA-I, como uma autolesão do tipo não-suicida com intenção direta de agredir/lesionar o próprio tecido corporal, todavia, sem o objetivo de suicídio (KLONSKY; MUEHLENKAMP, 2007; NOCK, 2009).

Tal indicador pode ser avaliado de acordo com a apresentação de 9 características definidoras presentes no diagnóstico em si, sendo estas: presença de mordidas, cortes no

tecido corporal, corte de uma parte do corpo, ingestão e inalação de substâncias nocivas ao organismo, inserção de objetos em orifícios corporais, cutucar a ferida, arranhões corporais e queimadura auto infligida (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Informa-se a necessidade de haver uma validação de constructo destas características, a fim de tornar a avaliação do enfermeiro por meio do diagnóstico da NANDA-I confiável e eficaz. As outras características que não serão adotadas para a avaliação (desgaste, batidas, constringindo uma parte do corpo) foram consideradas irrelevantes ao presente estudo.

Além das características pertencentes à NANDA-I, o enfermeiro pode por meio do exame físico, realizar a técnica de inspeção a fim de avaliar MMSS e MMII pela observação profissional. Para a inspeção, o ambiente deve estar bastante iluminado e há a necessidade de que nada o interfira no momento da inspeção. O enfermeiro deve observar as lesões encontradas, registrando dados como coloração, tamanho, forma, localização, simetria, textura e odores. É importante que o enfermeiro, ao avaliar as lesões, certifique-se de que tenham sido infligidas pela própria vítima e não por um parceiro íntimo ou por terceiros.

#### **d. Ansiedade (00146)**

Este diagnóstico compõe o diagnóstico de SPT na NANDA-I atualmente enquanto característica definidora e pertence ao domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse) e classe 2 (Respostas de enfrentamento). Tal diagnóstico é definido enquanto:

“Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES; pág. 405, 2021).”

A ansiedade é visualizada como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de uma antecipação de perigo, quanto ao algo desconhecido ou estranho (ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995; SWEDO; LEONARD; ALLEN, 1994). Os autores acima abordam de forma similar a definição dada por Herdman, Kamitsuru e Lopes (2021) sobre o diagnóstico de Ansiedade.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) da *American Psychiatric Association* (APA), a ansiedade é visualizada enquanto um Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), caracterizada por preocupações excessivas que devem estar presentes por pelo menos seis meses sobre várias atividades ou eventos (APA, 2014).

Refere-se às características definidoras classificadas por: comportamental, afetivo, psicológico, sistema simpático, sistema parassimpático e cognitivo. As características que pode ser avaliada em tal indicador estão dispostas no Quadro 8, sendo repassadas por uma validação de constructo para sua confiabilidade diante da avaliação.

**Quadro 8. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade para o presente estudo.**

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
<b>Comportamental</b>	Produtividade diminuída; Movimentos sem finalidade; Inquietação; Olhares de relance; Hipervigilância; Contato visual insuficiente; Comportamento de análise do ambiente; Preocupação perante eventos de mudança da vida.
<b>Afetivo</b>	Angústia; Sofrimento; Sentimento de inadequação; Suspeição aumentada; Irritabilidade; Nervosismo; Entusiasmo excessivo; Arrependimento; Foco em si próprio; Incertezas.
<b>Psicológico</b>	Tensão facial; Tremores nas mãos; Aumento da transpiração; Aumento da tensão; Tremores; Voz trêmula.
<b>Sistema simpático</b>	Alteração no padrão respiratório; Anorexia; Reflexos rápidos; Excitação cardiovascular; Aumento da pressão arterial; Aumento da frequência cardíaca; Aumento da frequência respiratória; Dilatação da pupila; Diarreia; Boca seca; Rubor facial; Palpitações cardíacas; Vasoconstrição superficial; Contrações musculares; Fraqueza.
<b>Sistema parassimpático</b>	Dor abdominal; Alteração no padrão de sono; Diminuição da frequência cardíaca; Desmaio; Náuseas; Formigamento nas

	extremidades;Frequência urinária;Hesitação urinária;Urgência urinária.
<b>Cognitivo</b>	Alteração na atenção;Alteração na concentração;Consciência dos sintomas fisiológicos;Bloqueio dos pensamentos;Confusão;Campo de percepção diminuído;Habilidade de aprender diminuída;Habilidade para resolução de problemas diminuída;Esquecimentos;Preocupação;Ruminação mental;Tendência para culpabilização dos outros.

**Fonte: Herdman; Kamitsuru; Lopes (2021).**

Ressalta-se que as características que não foram elencadas para a avaliação do diagnóstico não definem o atual estudo e/ou estão distribuídos como diagnósticos de enfermagem pertencem ao SPT, sendo estes: Insônia, inquietação, medo, desesperança, atos bruscos, tremores (repetido duas vezes), diarreia (repetido duas vezes) e fadiga.

A Escala de Ansiedade de Hamilton (1955) (HAM-A) foi utilizada para subsídio da mensuração do diagnóstico, sendo composto por 14 itens, sete deles como sintomas de humor ansioso e os outros sete como sintomas físicos de ansiedade. Cada item é avaliado por uma escala *Likert* que varia de 0, 2, 3 e 4, identificados como: 0 – ausente; 2 – leve; 3 – média; e 4 – máxima. A soma dos escores de cada item resultará em uma pontuação de 0 a 56. Quanto maiores os números de sintomas presentes, maior será o grau de severidade da ansiedade. Esta escala não possui validação para o português com o público em geral, todavia, um estudo a utilizou para comparação das sessões de um grupo terapêutico para com mulheres que vivenciaram alguma situação de estresse e seguiu a distribuição normal e boa variância entre os grupos (SOUZA; et al., 2008). Sendo assim, considera-se o diagnóstico presente quando obter pontuação final entre 42 e 56 pontos, além das características definidoras do diagnóstico presentes a partir da avaliação do enfermeiro (Tabela 4).



**Tabela 4. Escala de Ansiedade de Hamilton (1955).**

Item	Questão afirmativa	Resposta
1	Humor ansioso	0 2 3 4
2	Tensão	0 2 3 4
3	Medo	0 2 3 4
4	Insônia	0 2 3 4
5	Dificuldades intelectuais	0 2 3 4
6	Humor deprimido	0 2 3 4
7	Somatizações motoras	0 2 3 4
8	Somatizações sensoriais	0 2 3 4
9	Sintomas cardiovasculares	0 2 3 4
10	Sintomas respiratórios	0 2 3 4
11	Sintomas gastrintestinais	0 2 3 4
12	Sintomas geniturinários	0 2 3 4
13	Sintomas neurovegetativos	0 2 3 4
14	Comportamento na entrevista	0 2 3 4

Fonte: Hamilton (1955).

**e. Sobrecarga de Estresse (00177)**

O estresse pertence à NANDA-I pelo domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse) e classe 2 (Respostas de enfrentamento) e é conceituada como sendo “excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, pág. 435, 2021). Tal definição torna-se vaga para o diagnóstico que se pretende alocar enquanto elemento consequente ao fenômeno da SPT em mulheres vítimas de violência, havendo a necessidade de outras definições que possam ser mais consistentes com o diagnóstico em si.

Segundo o primeiro estudioso que conceituou o estresse em 1959, ele é definido como um elemento inerente a todo fenômeno e/ou doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas. É perceptível pela Síndrome Geral de Adaptação, sendo um conjunto de respostas inespecíficas a uma “lesão”, desenvolvida em três fases: 1- alarme que se caracteriza por manifestações agudas; 2- fase de resistência, quando as manifestações agudas desaparecem; e 3- a fase de exaustão, no qual quando ocorrem às reações da primeira fase, ocorre o colapso do organismo (SELYE, 1959).

Para autores da atualidade, o estresse é definido como um comportamento psicológico que tende a pôr em risco o bem estar e a saúde fisiológica e mental dos indivíduos. Para que seja mais bem abordado, o estresse enfatiza desde respostas fisiológicas e reações do indivíduo aos estressores, até a fase psicológico-cognitiva que foca a relação do indivíduo para com o meio, ou seja, como a pessoa avaliará e perceberá o evento estressor/traumático em si (CHEN; WONG; YU, 2009; ROTHMANN; MALAN, 2011; FORD; et al., 2014; SCHAUFELI; TARIS, 2014; MIHAILA, 2015).

A sobrecarga de estresse pode ser avaliada pelas seguintes características definidoras da NANDA-I: estresse excessivo, sentir-se pressionado, tomada de decisões prejudicada, funcionamento prejudicado, aumento do comportamento de raiva, aumento da impaciência, impacto negativo do estresse e tensão (HERDMAN; KAMITSURU, 2021). Tais características apenas serão consideradas após uma etapa de validação de constructo das mesmas para a presença ou ausência do diagnóstico. Informa-se que a característica intitulada por “aumento da raiva” já está considerada em uma das características informada acima, sendo excluída para que não haja repetições desnecessárias.

A Escala de Percepção do Estresse para avaliação do estresse psicológico de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), envolve 10 itens (itens 1, 2, 3, 6, 9 e 10 como afirmações negativas; e os itens 4, 5, 7 e 8 como afirmações positivas) e foi validada para o português no contexto brasileiro e pode ser adotada para fins de mensuração do diagnóstico de enfermagem. O estudo iniciou pela tradução, passando por duas etapas com a tradução desenvolvida por um nativo falante do português e brasileiro com habilidades no inglês que traduzia a versão do inglês para o português e um nativo falante dos Estados Unidos e que residia no Brasil que traduziu a versão para o português. As duas versões foram comparadas e algumas discrepâncias semânticas foram observadas, sendo realizadas as devidas mudanças

no texto e palavras. Durante a segunda etapa, um revisor expertise verificou a coerência do constructo teórico, tal qual a forma do instrumento. Foram sugeridas algumas modificações quanto à semântica e ao layout da escala, além do tamanho da fonte para torná-lo claro aos leitores. Ao final, um grupo de cinco docentes universitários verificaram a compreensão das questões e o formato das respostas (REIS; et al., 2010).

Para análise do constructo, um estudo transversal foi desenvolvido com a randomização da amostra final. Foram realizadas análises fatoriais confirmatórias e exploratórias. A análise exploratória indicou dois fatores (Fator 1 – Afirmação negativa e Fator 2 – Afirmação positiva) com índices acima de 1,0 e 56,8% de variância. O fator 1 consistiu em seis itens (30,6% de variância) e o fator 2 conteve um total de quatro itens (26,1% de variância). A correlação entre os fatores apresentou bom índice (0,66). O Alfa de Cronbach foram de 0,83; 0,77 e 0,87 para Fator 1, Fator 2 e Total, respectivamente, representando uma boa consistência interna. A análise confirmatória indicou adequação, obtendo padrões de regressão de 0,62 a 0,72 para o Fator 1 e 0,56 a 0,70 para o Fator 2. A correlação entre ambas apresentou índice de 0,68. A escala validada consiste em 10 itens e é pontuada em escala do tipo *Likert* (1=nunca; 2=quase nunca; 3=às vezes; 4=pouco frequente; e 5=muito frequente). Os itens de afirmações positivas são inversamente pontuados e revisados e, ao final, todos os itens devem ser somados, obtendo pontuação de 0 a 40. Pontos de corte entre 20 e 40 pontos, indicarão a presença significativa do estresse em tal mulher (REIS; et al., 2010).

**Tabela 5. Escala de Percepção do Estresse de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) validada por Reis et al. (2010).**

Item	Questão	Resposta
1	Com que frequência você tem estado aborrecida com algo que aconteceu inesperadamente? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5
2	Com que frequência você tem se sentido inapta a controlar as coisas importantes da sua vida? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5
3	Com que frequência você tem estado “nervosa” e estressada? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5

4	Com que frequência você tem estado confiante quanto as suas habilidades para lidar com os seus problemas pessoais? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5
5	Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da forma como esperava? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5
6	Com que frequência você percebeu que não poderia lidar com todas as coisas que tinha que fazer? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5
7	Com que frequência você tem se sentido apto a controlar as irritações de sua vida? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5
8	Com que frequência você sentiu que suas coisas estão sob o devido controle? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5
9	Com que frequência você esteve aborrecida por coisas que saíram do seu controle? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5
10	Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que não conseguiria resolvê-los? (Considere os últimos 30 dias).	1 2 3 4 5

Fonte: Reis et al. (2010).

#### **f. Enfrentamento Ineficaz (00069)**

O diagnóstico pertence ao domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse) e classe 2 (Respostas de enfrentamento), definido enquanto a incapacidade de desenvolver uma avaliação de maneira válida de certos estressores, havendo esforços cognitivos e comportamentais que tendem a falhar no controle das demandas referentes ao bem estar (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). A definição proposta pela NANDA-I consegue abranger a ideia e a conceitualização perante o enfrentamento ineficaz.

Este diagnóstico pode ser avaliado por meio das seguintes características definidoras: concentração alterada, padrão de sono alterado, padrão de comunicação modificado, comportamento destrutivo para consigo mesmo, dificuldade de organização das informações, doenças frequentes, inabilidade para solicitação de ajuda, inabilidade em

resolver uma situação, inabilidade em encontrar necessidades básicas, incapacidade em atender as expectativas de função, estratégias de enfrentamento ineficazes, avaliação social insuficiente, comportamento de autodirecionamento insuficiente, resolução de problemas insuficiente, habilidades para resolução de problemas insuficiente, comportamento de risco consigo mesmo e uso abusivo de substâncias psicoativas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Estas características serão perpassadas por uma etapa de validação de constructo, a fim de torná-las confiáveis na presença ou ausência do diagnóstico. As características excluídas foram: comportamento destrutivo para com os outros, incapacidade de atender às informações e fadiga, esta última por já ser um diagnóstico de enfermagem pertencente aos elementos consequentes da SPT.

O diagnóstico pode ser mensurado por meio da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), traduzida e validada na forma de constructo, primeiramente por Vitaliano et al. (1985), desenvolvida posteriormente por Seidl (2001), no qual procura conceituar o enfrentamento como um conjunto de respostas específicas a um evento estressante e/ou traumático. A escala possui três fatores abordados, sendo estes: 1- Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema; 2- Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção; 3- Práticas religiosas/Pensamento fantasioso; e 4- Busca de suporte social. Para tal pesquisa, foi utilizado item 1, composto por 18 itens de acordo com a análise fatorial realizada por Seidl (2001) com 9,2 de variância e boa consistência interna, com Alpha de Cronbach em 0,81. Utiliza-se escala do tipo *Likert* com pontuações que variam da seguinte forma (1=eu nunca faço isso; 2=eu faço isso um pouco; 3=eu faço isso às vezes; 4=eu faço isso muito; e 5=eu faço isso sempre. A idéia de interpretação para identificação do diagnóstico de Enfrentamento Ineficaz ocorrerá pelo número menor do score final obtido com as respostas da participante, sendo considerados pontos de corte entre 0 a 36 como necessários na presença do diagnóstico avaliado (SEIDL, 2001) – Tabela 6.

**Tabela 6. Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) de Vitaliano et al. (1985), desenvolvida por Seidl (2001).**

Item	Questão	Pontuação
1	Eu digo a mim mesma o quanto já consegui.	1 2 3 4 5
2	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1 2 3 4 5

3	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1 2 3 4 5
4	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1 2 3 4 5
5	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1 2 3 4 5
6	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1 2 3 4 5
7	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1 2 3 4 5
8	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1 2 3 4 5
9	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e estou cumprindo.	1 2 3 4 5
10	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedida.	1 2 3 4 5
11	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1 2 3 4 5
12	Eu insisto e luto por aquilo que quero.	1 2 3 4 5
13	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1 2 3 4 5
14	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1 2 3 4 5
15	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1 2 3 4 5
16	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1 2 3 4 5
17	Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1 2 3 4 5
18	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas da minha vida.	1 2 3 4 5

Fonte: Seidl (2001).

### **g. Fadiga (00093)**

O diagnóstico de fadiga está presente à NANDA-I pelo domínio 4 (Atividade/Descanso) e a classe 3 (Balanço energético), conceituado como sendo uma

“sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, pág. 292, 2021). Para outros autores, este diagnóstico tem como definição, a apresentação de sonolência, cansaço e/ou irritabilidade, após um determinado período de atividade mental ou corporal (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O diagnóstico pode ser avaliado por meio das seguintes características definidoras: alteração na concentração, alteração na libido, apatia, desinteresse quanto ao ambiente que o cerca, introspecção, culpa devido à dificuldade em conseguir cumprir com responsabilidades, capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física, capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais, aumento dos sintomas físicos, aumento da necessidade de descanso, desempenho de papel ineficaz, energia insuficiente, letargia, padrão de sono não restaurador e cansaço. Ressalta-se que foram incluídas todas as características presentes no diagnóstico de Fadiga, uma vez que os mesmos representam a sua avaliação perante as mulheres que são vitimizadas pela violência (HERDMAN; KAMITSURU, 2021).

O diagnóstico foi mensurado por meio da *Fatigue Assessment Scale* (FAS) de Michielsen et al. (2004), composta por 10 itens e respondida em escala *Likert* com pontuações que variam de 1 a 5 (1=Nunca; 2=Pouco; 3=Moderado; 4=Muito; e 5=Sempre). O ponto de corte que determina a presença do diagnóstico será de 30 a 50 pontos.

**Tabela 7. Escala de Avaliação da Fadiga de Michielsen et al. (2004).**

<b>Item</b>	<b>Questão afirmativa</b>	<b>Resposta</b>
1	Sinto-me incomodada devido à fadiga.	1 2 3 4 5
2	Fico cansada muito rapidamente.	1 2 3 4 5
3	Não faço muitas coisas durante o dia.	1 2 3 4 5
4	Tenho suficiente energia para o meu dia a dia.	1 2 3 4 5
5	Sinto-me exausta fisicamente.	1 2 3 4 5
6	Tenho problemas para começar coisas.	1 2 3 4 5
7	Tenho problemas em pensar claramente.	1 2 3 4 5
8	Não sinto vontade de fazer nada.	1 2 3 4 5
9	Sinto-me exausta mentalmente.	1 2 3 4 5
10	Posso me concentrar bem quando estou fazendo algo.	1 2 3 4 5

Fonte: Michielsen et al. (2004).

#### **h. Regulação de Humor Prejudicada (00241)**

O diagnóstico de RHP é pertencendo do domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse) e classe 2 (Respostas de enfrentamento), define-se enquanto um estado mental que pode ser caracterizado por modificações no humor e afetividade e que comprimi um conjunto de manifestações cognitivas, afetivas, fisiológicas e/ou somáticas, que podem variar entre sintomas leves a uma sintomatologia grave (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Este diagnóstico pode ser avaliado por meio das seguintes características: mudança no comportamento verbal, desinibição, disforia, autoconsciência excessiva, culpabilização excessiva de si mesmo, fluxo rápido de pensamentos, concentração prejudicada, irritabilidade, agitação psicomotora, retardo psicomotor, afeto triste e distanciamento (HERDMAN; KAMITSURU, 2021). Foram excluídas três características que não devem pertencer à avaliação do diagnóstico, uma vez que “culpa excessiva” possui o mesmo significado que “culpabilização excessiva de si mesmo”, autoestima influenciada está sendo abordada no diagnóstico de Baixa Autoestima Situacional e a Desesperança como sendo também um diagnóstico pertencente ao SPT.

O diagnóstico foi mensurado pela Escala de Dificuldades de Regulação Emocional de Gratz e Roemer (2004) para avaliação dos níveis de emoção negativa no indivíduo. A escala foi validada pelo seu constructo, por meio de análise fatorial com o teste de Kaiser-Meyer-Olkin com boa adequação (0,91) e o teste de Bartlett indicando homogeneidade de variâncias. O Alpha de Cronbach apresentou elevada consistência interna dos itens com 0,921. A pontuação ocorre por escala do tipo *Likert* que varia de 1 a 5 (1=Nunca; 2= Raramente; 3=Ocasionalmente; 4=Frequentemente; e 5=Muito Frequente) (COUTINHO; et al., 2010). Ao final, foram escolhidos 13 itens que deveriam compor a escala para mensuração do diagnóstico de RHP. O ponto de corte para determinação da presença ou ausência do diagnóstico será entre 52 e 65 pontos.



**Tabela 8. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional de Gratz e Roemer (2004), validada por Coutinho et al. (2010).**

<b>Item</b>	<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>
1	Percebo com clareza os meus sentimentos.	1 2 3 4 5
2	Presto atenção em como me sinto.	1 2 3 4 5
3	Não tenho nenhuma idéia de como me sinto.	1 2 3 4 5
4	Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.	1 2 3 4 5
5	Estou atenta aos meus sentimentos.	1 2 3 4 5
6	Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor	1 2 3 4 5
7	Quando estou em baixo, penso que me sentirei deprimida.	1 2 3 4 5
8	Quanto estou para baixo, penso que me sentirei assim por muito tempo.	1 2 3 4 5
9	Quando estou para baixo, penso que não há nada que possa fazer para me sentir melhor.	1 2 3 4 5
10	Quando estou para baixo, acho que a única coisa que eu posso fazer é me afundar neste estado.	1 2 3 4 5
11	Quando estou para baixo, demoro muito tempo para me sentir melhor.	1 2 3 4 5
12	Quando estou para baixo, sinto que sou fraca.	1 2 3 4 5
13	Quando estou para baixo, as minhas emoções ficam avassaladoras.	1 2 3 4 5

Fonte: Gratz; Roemer (2004); Coutinho et al. (2010).

#### **i. Distúrbio na Imagem Corporal (00118)**

Este diagnóstico encontra-se no domínio 6 (Autopercepção) e classe 3 (Imagem corporal) e é definido enquanto “uma confusão da imagem mental do seu eu físico” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, pág. 355, 2021). Os autores o compreendem enquanto um aspecto multidimensional que envolve fatores psicológicos, sociológicos e fisiológicos, diante da forma como o indivíduo tende a se visualizar (GILMARTIN, 2013; PERDUE; et al., 2018). Schilder (1994) conceituou a imagem corporal como sendo a figura de nosso próprio

corpo que tende a ser formada em nosso sistema cognitivo, ou seja, é a forma como o corpo se apresenta ao indivíduo.

A imagem corporal é definida por meio de três características predominantes, sendo estas: 1- a perceptiva, relacionada à precisão da percepção da própria aparência física, que tende a envolver estimativas de peso e tamanho corporal; 2- a subjetiva, que envolve aspectos de satisfação para com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade quanto a ela; e 3- a comportamental, que objetiva focar em situações que são evitadas pelo indivíduo por experimentar o desconforto relacionado à aparência corporal (THOMPSON, 1996).

O Distúrbio na Imagem Corporal pode ser avaliado por meio das seguintes características definidoras: alteração na visão do próprio corpo, evita olhar o próprio corpo, evitar tocar no próprio corpo, comportamento de reconhecimento do próprio corpo, comportamento de monitoramento do próprio corpo, mudança na capacidade de avaliar a relação espacial do corpo com o ambiente, mudança em seu estilo de vida, mudança no envolvimento social, despersonalização de parte do corpo pelo uso de pronomes impessoais, medo da reação dos outros, foco na aparência passada, escondendo parte do corpo, sentimentos negativos perante o corpo, resposta não verbal a alteração do corpo, resposta não verbal a alteração no corpo percebida, percepções que refletem uma visão alterada da aparência do corpo, personalização de parte do corpo por nome, recusa em reconhecer alterações e trauma em relação ao não funcionamento de parte do corpo (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

As características retiradas da avaliação foram: ausência de parte do corpo, alteração na função corporal, alteração na estrutura corporal, despersonalização de perda pelo uso de pronomes impessoais, ênfase nos pontos positivos remanescentes, extensão dos limites do corpo, foco em função do passado, foco em ponto positivo do passado, realização aumentada, superexposição de parte do corpo, personalização da perda por um nome, preocupação com mudanças e preocupação com perdas.

A mensuração pode ser realizada por meio da Escala de Perfeccionismo de Aparência Física, construída para avaliar o perfeccionismo de aparência por Yang e Stober (2012), traduzida e adaptada por Ferreira et al. (2018). Originalmente, esta escala foi construída no mandarim, composta por 12 itens, sendo que, os itens de nº 1, 3, 5, 8, 9, 10 e 11 para preocupação com imperfeições e os de nº 2, 4, 6, 7 e 12 para esperança para perfeição.

Pelo estudo de Ferreira et al. (2018), foram realizadas as seguintes etapas: tradução independente com dois brasileiros com fluência em língua inglesa e dois brasileiros com fluência em mandarim com traduções de forma independente; na síntese das traduções, um juiz de síntese com fluência em língua inglesa e mandarim foi solicitado a fim de verificar a redação; a versão de síntese foi encaminhada a dois chineses nativos da língua mandarim com fluência na língua portuguesa e a mesma versão foi enviada a dois americanos nativos da língua inglesa e fluentes na língua portuguesa; houve a reunião de peritos, sendo que a escala e as versões produzidas foram enviadas, assim como as dúvidas e anotações das fases anteriores e os peritos realizaram a discussão de cada item e julgamento da equivalência entre o instrumento original e o instrumento traduzido para quatro áreas: semântica, experimental ou cultural, idiomática e conceitual; para o pré-teste foram recrutadas academias em Bauru (São Paulo) e algumas cidades vizinhas (FERREIRA; et al., 2018).

A escala ainda precisa ser repassada por um estudo psicométrico, a fim de analisar o seu constructo perante a aparência física. As respostas são indicadas em escala Likert, variando de 1 a 5 (1=discordo fortemente; 2= discordo parcialmente; 3= concordo parcialmente; 4= concordo intensamente; e 5=concordo fortemente). O ponto de corte indicado para presença do diagnóstico será entre 48 a 60 pontos (FERREIRA; et al. 2018).

**Tabela 9. Escala de Perfeccionismo de Aparência Física de Yang e Stober (2012) traduzido por Ferreira et al. (2018).**

Item	Questão afirmativa	Resposta
1	Estou insatisfeita com a minha aparência.	1 2 3 4 5
2	Espero que minha forma corporal seja perfeita.	1 2 3 4 5
3	Nunca estou feliz com a minha aparência, não importa como me vista.	1 2 3 4 5
4	Espero que pareça atraente.	1 2 3 4 5
5	Preocupa-me se a minha aparência não seja boa o suficiente.	1 2 3 4 5
6	Espero que os outros admirem minha aparência.	1 2 3 4 5

- |    |  |           |
|----|--|-----------|
| 7  | Espero que os outros me achem atraente.                            | 1 2 3 4 5 |
| 8  | Gostaria de poder mudar completamente a minha aparência.           | 1 2 3 4 5 |
| 9  | Minha aparência está longe de minhas expectativas.                 | 1 2 3 4 5 |
| 10 | Eu me preocupo com os outros serem críticos com a minha aparência. | 1 2 3 4 5 |
| 11 | Frequentemente penso sobre as imperfeições da minha aparência.     | 1 2 3 4 5 |
| 12 | Desejo ser bonita.   | 1 2 3 4 5 |

Fonte: Yang; Stober (2012); Ferreira et al. (2018).

#### **j. Insônia (00095)**

Este diagnóstico compõe o domínio 4 (Atividade/Descanso) e classe 1 (Sono/Descanso) da NANDA-I e conceitua-se enquanto um distúrbio na quantidade/qualidade de sono que vem a prejudicar o desempenho normalizado das atividades de vida diária (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Também pode ser definida como a insatisfação com a qualidade ou a quantidade do sono, que ocorre devido à oportunidade adequada para dormir e que impõe à mulher algum tipo de prejuízo durante o dia (APA, 2014).

O diagnóstico de Insônia pode ser avaliado conforme as seguintes características definidoras da NANDA-I: alteração da concentração, alteração no humor, alteração no padrão de sono, status de saúde comprometido, diminuição da qualidade de vida, dificuldade para iniciar o sono, dificuldade para manter o sono, insatisfação com o sono, acordar cedo demais, aumento do absenteísmo, aumento dos acidentes, energia insuficiente, padrão de sono não restaurador, distúrbio do sono que produz consequências no dia seguinte (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). As características serão repassadas por uma etapa de validação de constructo a fim de serem visualizadas como confiáveis durante a avaliação. A característica intitulada como “Alteração no afeto” foi retirada por não compor a idéia do diagnóstico de Insônia em mulheres vítimas de violência.

A avaliação geral, por meio da anamnese pelo profissional enfermeiro pode ser realizada ao participante a fim de serem definidos alguns pontos, interpretados a seguir: 1 –

Tempo de evolução: a insônia aguda dura menos de três meses e está temporariamente associada a algum evento estressante identificável. Quadros de insônia que durem mais de três meses serão considerados como crônicos; 2- Características da insônia: avalia-se a dificuldade para iniciar o sono (insônia inicial), o mantimento do sono (insônia intermediária) e os despertares precoces pela manhã sem a possibilidade de volta a dormir (insônia terminal); 3 – Consequências diurnas: avalia-se a presença de sonolência diurna, cansaço ou irritabilidade associada; 4 – Hábitos de sono: investiga-se a hora habitual de deitar e levantar, atividades que tende a fazer ao final do dia, assim como hábitos de cochilo durante o dia; 5 – Hábitos alimentares: avalia-se a ingestão de café, refrigerantes, bebidas energéticas, álcool e outros estimulantes; 6 – Revisão de outros problemas de saúde: qualquer condição que possa estar relacionada à insônia, desde asma, apneia obstrutiva do sono, doença do refluxo gastroesofágico, hipertireoidismo, menopausa, até insuficiência cardíaca e dores crônicas; e 7 – Identificação da presença de transtornos mentais: a insônia pode estar relacionada a episódios depressivos já existentes ou a transtornos de ansiedade (APA, 2014).

Uma avaliação objetiva para mensuração da insônia pode ser realizada por meio do Instrumento de Triagem para Distúrbios de Sono, disponibilizado pelo DSM-V (Quadro 9) (APA, 2014).

#### **Quadro 9. Instrumento de Triagem para Distúrbios de Sono (DSM-V).**

Durante as duas últimas semanas, o quanto (ou com que frequência) você foi perturbada pelo seguinte problema?					
<b>Problemas com o sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?</b>	<b>Nada</b> (De modo algum)	<b>Muito Leve</b> (Raramente, menos de um ou dois dias)	<b>Leve</b> (Vários dias)	<b>Moderado</b> (Mais da metade dos dias)	<b>Grave</b> (Quase todos os dias)
	0	1	2	3	4

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

Conforme os critérios estabelecidos pela DSM-V, as mulheres que tenham pontuado os itens leve, moderado ou grave, devem ser consideradas como positivas para o rastreamento do distúrbio do sono e deverá ser aplicada uma escala que avalia especificamente o grau de severidade da insônia. A *Patient Reported Outcomes Measurement*

*Information System* (PROMIS) de Fries, Bruce e Cella (2005) foi traduzida e adaptada culturalmente para o português, com tradução inicial realizada por dois profissionais bilíngues; uma etapa de reconciliação feita por um profissional bilíngue com o objetivo de resolver discrepâncias relacionadas às definições dos itens; retrotradução, sendo uma versão reconciliada para a língua original, o inglês; a comparação entre a retrotradução e a escala original, tendo sido a versão retrotraduzida encaminhada aos administradores da PROMIS a fim de identificarem traduções inapropriadas e ambíguas; a passagem por revisores independentes da versão retrotraduzida; e o reenvio do relatório para os administradores do PROMIS para a aprovação da versão traduzida e criação da versão pré-teste (COSTA; et al., 2014).

A versão pré-teste foi aplicada com 10 participantes, da idade dos 18 aos 55 anos, com processo de recrutamento no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Desenvolveu-se a entrevista cognitiva/retrospectiva para verificar o entendimento dos itens; e para a melhoria dos significados dos itens. A escala consiste em 27 itens sobre os distúrbios do sono com respostas do tipo escala *Likert*, com interpretação da soma dos resultados da seguinte forma: até 24 pontos será considerado como “não significativo”; 25 a 29 pontos será definido enquanto “insônia leve”; 30 a 37 pontos como “insônia moderada”; e acima dos 38 pontos como “insônia grave”. Após a identificação das características definidoras do diagnóstico em si e pela soma das pontuações indicativas para um grau de insônia, será definida a presença do diagnóstico (ANEXO D) (COSTA; et al., 2014).

#### **k. Obesidade (00232)**

O diagnóstico pertence ao domínio 2 (Nutrição) e classe 1 (Ingestão) da NANDA-I e pode ser conceituado como “condição em que o indivíduo acumula gordura excessiva para a idade e o sexo que excede o sobrepeso (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, pág. 226, 2021). De acordo com a OMS (2000), a obesidade é definida como um agravo de caráter multifatorial, em decorrência do balanço energético positivo que tende a favorecer o acúmulo de gordura e que pode estar associado a riscos em demaseio à saúde devido as complicações metabólicas, tendo como exemplos: o aumento da Hipertensão Arterial, aumento dos níveis de colesterol e triglicérides sanguíneos (OMS, 2000).

A Obesidade pode ser avaliada pela característica definidora referente ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) de altura e peso corporal, sendo considerado apenas com

valores acima dos 30 kg/m<sup>2</sup> para o público adulto de mulheres (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). A avaliação pela NANDA-I torna-se fragilizada ao presente estudo, uma vez que o IMC não deve ser a única estratégia de mensuração da obesidade em mulheres que são vítimas de violência e o parâmetro é impreciso por não permitir a discriminação do excesso de peso à sua interligação com a exuberância do tecido gorduroso (BRASIL, 2014).

Outro ponto a ser destacado seria a própria definição dada a NANDA-I para o diagnóstico que não mensura o excesso de gordura pelo organismo. Desta forma, outras operacionalizações serão adotadas para fins de melhor identificação do diagnóstico, sendo estes: a medição da circunferência abdominal e da cintura, mesmo estes sendo para pessoas com sobrepeso (IMC acima ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup>), para avaliar a adiposidade central, ou seja, o excesso de infiltração gordurosa no organismo que indica uma possível obesidade. A circunferência da cintura permite a identificação da localização da gordura corporal, onde o padrão de distribuição do tecido adiposo em pessoas adultas possui correlação com o risco de morbimortalidade. Em mulheres, o ponto de corte adotado será acima ou igual a 80,0cm, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela OMS (2000). Outro fator a ser mensurado será uma avaliação da hipertensão arterial, por meio de um diário semanal, em que podem ser registrados os valores pressóricos encontrados em cada aferição da pressão pelo profissional enfermeiro. Os valores adotados como normais serão: Pressão Sistólica abaixo de 130mmHg e Pressão Diastólica até 90mmHg, conforme os novos parâmetros da Associação Brasileira Cardiologia (PRÉCOMA; et al., 2019).

O exame para lipidograma foi adotado para examinar o perfil de gordura existente na corrente sanguínea, apresentados no quadro 10.

**Quadro 10. Recomendações dos teores de lipídios ou gordura no sangue.**

<b>LIPIDOGRAMA</b>	<b>RECOMENDAÇÃO</b>
<b>Triglicerídeos</b>	Com jejum: <150 mg/dL Sem jejum: <175 mg/dL
<b>HDL – colesterol</b>	Com jejum e sem jejum Para mulheres: >50 mg/dL
<b>LDL – colesterol</b>	<160 mg/dL

Fonte: BRASIL (2006); Précoma; et al. (2019).

A avaliação do risco cardiovascular foi adotada por ser uma comorbidade que está associada à obesidade. Utiliza-se o score de Framingham com o objetivo de estratificar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença coronariana nos próximos 10 anos. Este score concentra-se em diferentes fatores, desde gênero, idade, níveis pressóricos, tabagismo, até os níveis de HDLc e LDLc. O score acontece por meio da anamnese e exame físico da paciente com identificação dos fatores de risco apresentados logo acima, com a indicação de exames complementares (exames de rotina mencionados anteriormente). O quadro 11 apresenta a classificação do risco cardiovascular conforme o score de Framingham e a periodicidade de acompanhamento para a consulta de enfermagem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

**Quadro 11. Classificação de risco cardiovascular segundo o Escore de Framingham e sugestão para periodicidade pelo profissional enfermeiro.**

<b>Categoria</b>	<b>Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos</b>	<b>Consulta de Enfermagem</b>
Baixo	< 10%	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral
Alto	20%	Quadrimestral

Fonte: DAB; SAS; MS (2010).

Por meio da anamnese, também pode ser possível a avaliação do consumo alimentar para valorizar os pontos de dieta e estabelecer mudanças e metas de enfermagem (SHILTS; HOROWITZ; TOWNSEND, 2004). Será adotado o modelo para marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) versão 3.0, apresentado em ANEXO E.

Ao final, o diagnóstico de Obesidade pode ser considerado presente perante as seguintes avaliações conduzidas: IMC acima do valor de  $30\text{kgm}^2$ ; medida de circunferência abdominal com valor acima ou igual a  $25\text{kgm}^2$ ; mensuração da cintura acima de 80,0 cm; pressão arterial acima de 130mmHg e 90mmHg; exames de lipidograma indicando valores sugestivos para colesterol como citado anteriormente; e possível risco de evento cardiovascular entre o grau moderado e alto.



## **I. Medo (00148)**

O diagnóstico de Medo encontra-se pertence às características definidoras do diagnóstico de SPT atualmente e é configurado no domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse) e pela classe 2 (Respostas de enfrentamento), podendo ser definido como uma resposta a uma possível ameaça, reconhecida de forma consciente como sendo de alta periculosidade (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

O medo pode ser definido como uma situação real e ameaçadora (reativo), ou pode-se sentir medo pelo simples ato de pensar (cognitivo). As diferenças entre ambos os medos serão distinguidas pelas respostas fisiológicas relacionadas à situação real do medo, ou à sua ausência, na vivência cognitiva do medo (KINDT; et al., 2007). Também pode ser definido como um dos tipos de emoções mais estudados por se tratar de uma emoção cognitiva-reativa que está correlacionado a mecanismos de sobrevivência. É visualizado enquanto uma emoção básica que possui determinadas características interligadas como a ansiedade, a apreensão, o nervosismo, o pavor e a preocupação (FREITAS-MAGALHÃES; BATISTA, 2009).

Conforme Ohman e Ruck (2007), o medo é uma ativação do estado emocional aversivo que tem o objetivo principal de motivação ao indivíduo que tende a enfrentar situações e/ou estímulos considerados como ameaçadores. É relevante explicar a diferença entre o medo e a ansiedade, pois ambas se distinguem exatamente pelos estímulos exercidos pelo indivíduo. Portanto, na ansiedade, a resposta emocional de aversão tende a ser mais duradoura e está menos correlacionado a um estímulo identificado. O medo tende a ser uma emoção associada ao perigo que pode ser breve ou ter uma longa durabilidade de tempo. A sua intensidade dependerá do grau da ameaça encontrada e se ela é imediata ou se se encontra como pendente (FREITAS-MAGALHÃES; BATISTA, 2009). Observam-se semelhanças entre os conceitos encontrados na literatura científica para com o conceito interpretado pela NANDA-I.

O diagnóstico pode ser avaliado de acordo com as características classificadas enquanto: gerais, cognitivo, comportamental e psicológico. Tais características serão avaliadas após a etapa de validação do constructo (Quadro 12).

**Quadro 12. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Medo para o presente estudo.**

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
<b>Geral</b>	Apreensão; Autossegu <span>ran</span> ça diminuída; Estado de agitação, Sensação de alarme; Sensação de temor; Sensação de medo; Sensação de pânico; Sensação de terror; Aumento da pressão arterial; Aumento da tensão; Náuseas; Palidez; Dilatação pupilar; Vômitos.
<b>Comportamental</b>	Comportamentos de ataque; Foco direcionado para a fonte do medo; Impulsividade; Estado de alerta aumentado.
<b>Psicológico</b>	Diarreia; Dispneia; Aumento da transpiração.
<b>Cognitivo</b>	Diminuição da habilidade de aprendizado; Diminuição da habilidade de resolução dos problemas; Produtividade diminuída; Identificação do objeto que materializa o medo; Estímulos entendidos como ameaça.

Fonte: Herdman; Kamitsuru; Lopes (2021).

A característica Fadiga foi excluída, uma vez que se configura enquanto um diagnóstico de enfermagem do SPT, assim como a anorexia foi retirada por não adentrar a definição necessária do diagnóstico e os comportamentos de evitação por estar classificado como um elemento antecedente do tipo fator incapacitante.

A Escala de Percepção do Medo (EPM) foi adotada para mensuração do diagnóstico, tendo sido construída e validada por Freitas-Magalhães e Batista (2009) para a população portuguesa, todavia, podendo ser utilizado para o contexto brasileiro. A EPM é constituída em duas etapas: a primeira pela caracterização sociodemográfica e a segunda pelos itens de avaliação. Os itens avaliativos foram desenvolvidos por meio de uma revisão de literatura acerca da percepção do medo e pelo embasamento de certos referenciais teóricos (ASMUNDSON; et al., 2008; SAVARD, 2009; OHMAN; RUCK, 2007).

A validade psicométrica ocorreu por meio da análise fatorial, pelos testes de variância de Bartlett de Kayser-Meyer-Olkin. Foi realizada análise do *Scree Plot* para verificação do número de fatores que poderiam ser extraídos. A fim de assegurar a representatividade do constructo ao fator, estipulou-se uma saturação fatorial mínima de 0,40 para aceitação do item. O cálculo de precisão da escala foi desenvolvido pelo coeficiente de Alpha de Cronbach. Os resultados reuniram cinco amostras independentes, com um total de 251 participantes, que demonstraram valores equivalentes para a EPM (FREITAS-MAGALHÃES; BATISTA, 2009).

A consistência interna variou entre 0,75 e 0,91. No quesito psicométrico, a EPM foi considerada um bom instrumento de avaliação do medo e que consegue refletir os aspectos perceptivos e vivências de medo, assim como o contexto em que cada indivíduo se encontra. Obteve bom índice com o teste de Kayser-Meyer-Olkin (KMO=0,84) e não houve homogeneidade de variâncias entre os grupos segundo o teste de Bartlett ( $p < 0,001$ ). Pelo *Scree Plot*, foram observadas a existência de dois fatores, explicando 41,5% de variância e 24% de variância para o primeiro fator. A análise fatorial identificou por meio dos dois fatores (medo cognitivo e medo reativo), a necessidade de implementação de 18 itens para a escala. Ressalta-se que esta escala pode ser utilizada para qualquer gênero, faixa etária e nível de educação teórico. Ela é utilizada para avaliação do impacto do medo na sociedade, assim como para critérios de diagnóstico em contextos clínicos. Sua aplicação pode oferecer informações pertinentes quanto à experiência com o medo e as futuras estratégias de enfrentamento. A EPM possui respostas dicotômicas e é mensurada de acordo com o número maior de presenças de cada item quanto ao significado do medo. Foram utilizadas somente os 11 itens referentes ao medo reativo para situações frente a uma ameaça. A escala possui pontuação de até 11 pontos, no qual cada resposta afirmativa equivale a um ponto. Ressalta-se que o ponto de corte para presença do diagnóstico será entre 5 a 11 pontos (FREITAS-MAGALHÃES; BATISTA, 2009).

**Tabela 10. Escala de Percepção do Medo de Freitas-Magalhães e Batista (2009).**

<b>Item</b>	<b>Questão afirmativa</b>	<b>Resposta</b>
1	Tem medo de sangue e ferimentos.	Sim ( ) Não ( )
2	Já sentiu algum tipo de medo na infância.	Sim ( ) Não ( )
3	Sente medo quando interage com os outros.	Sim ( ) Não ( )

4	Sente medo de estar sozinha em casa.	Sim ( ) Não ( )
5	O medo provoca reações físicas.	Sim ( ) Não ( )
6	Quando sente medo, tem sentimentos negativos.	Sim ( ) Não ( )
7	Só de pensar no objeto/situação que lhe provoca medo, sente-se mal.	Sim ( ) Não ( )
8	Sente medo de sair de casa.	Sim ( ) Não ( )
9	Considera que o mundo lhe provoca medo.	Sim ( ) Não ( )
10	Sente-se em alerta permanente.	Sim ( ) Não ( )
11	Sente medo quando é observado.	Sim ( ) Não ( )

Fonte: Freitas-Magalhães; Batista (2009).

## Indicadores Clínicos para o SPT

### m. Ideação Paranoica

Refletida enquanto comportamentos paranoicos como sendo um modo desordenado de pensamento. As características cardinais do pensamento projetivo, hostilidade, suspeição (desconfiança), grandiosidade, centralidade, medo de perder a autonomia, e desilusão podem ser visualizados como sinais primários da ideação paranoica (LALONI, 2001). A paranoia é caracterizada pela antecipação implausível de ameaça social, tanto em níveis psicológicos, quanto em níveis físicos (FREEMAN; et al., 2002). A ideação é visualizada como uma crença que coloca a pessoa em uma posição de alvo, normalmente de alguma pessoa que possui mais autoridade, estatuto, reconhecimento e aceitação social, diretamente relacionado ao caso do fenômeno da VCM (LOPES; PINTO-GOUVEIA; MARTINS, 2011).

A paranoia tem sido conceituada como parte de um “continuum”, palavra em latim que significa “uma série de acontecimentos sequenciais e ininterruptos”, ocorrendo desde um extremo de simples preocupações, crenças normativas de desconfiança em relação às intenções e ações dos outros para consigo, consideradas enquanto adaptativas e comuns, até um determinado extremo deste mesmo espectro onde as crenças tornam-se patológicas, com natureza rígida e inflexível, que tendem a consubstanciar a designada ideação delirante persecutória, constituindo um fenômeno psicopatológico em formato de perturbação do conteúdo do pensamento (CARVALHO; et al., 2014).

Este indicador pode ser mensurado pela escala de autorrelato de *Symptom Checklist – 90 – Revised* (SCL-90-R) dos autores Derogatis e Lazarus (1994), utilizada para avaliar nove domínios psicológicos, sendo um destes, a ideação paranoide. A escala é composta por 90 itens com pontuação em *Likert* de 0 a 4 (0=nenhum, 1=um pouco, 2=moderadamente, 3=bastante, 4=muito). O estudo de Laloni (2001) realizou a validação de constructo e de critérios. O Índice Global de Severidade apresentou índice de correlação de 0,74, tornando-se satisfatório ao público em geral. A escala foi reduzida de 90 itens para 40 para fins de melhor adequação à população brasileira. Os fatores de psicoticismo, hostilidade, depressão e ideação paranoica foram definidos em apenas um único fator, sendo intitulado por psicoticismo (LALONI, 2001). Para o presente estudo, serão utilizados 7 itens que possam contemplar a avaliação do grau de ideação paranoica das participantes. O ponto de corte estabelecido para determinação de presença ou ausência do indicador será entre 14 a 28 pontos.

**Tabela 11. Escala Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R) para ideação paranoica validada por Laloni (2001).**

Item	Questão afirmativa	Resposta
3	Sentir-se medo em espaços abertos ou nas ruas.	0 1 2 3 4
5	Repentinamente sentir medo sem razão.	0 1 2 3 4
12	Sentir-se vigiado e comentado pelos outros.	0 1 2 3 4
17	Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades que o amedrontam.	0 1 2 3 4
31	Ondas de terror ou pânico.	0 1 2 3 4
38	Nunca se sentir próximo a outra pessoa.	0 1 2 3 4
40	A ideia de que há algo errado com a sua mente.	0 1 2 3 4

**Fonte: Derogatis; Lazarus (1994); Laloni (2001).**

## n. Hostilidade

Definido enquanto sentimentos de antagonismo, grosserias e/ou ações hostis que tendem a ser direcionados a algo ou a alguém. Reflete pensamentos, sentimentos ou ações que são características da afetividade negativa do estado de raiva. Envolve três modos de expressão: agressão, irritabilidade e ressentimento. Mulheres expostas aos vários tipos de agressão e aos níveis leve, moderado e alto de estresse psicológico, tendem a apresentar os sintomas de hostilidade em excesso, em comparação às mulheres que não são expostas a nenhum tipo de violência (LALONI, 2001; GOLDER; et al., 2015).

O indicador pode ser mensurado por meio da escala de autorrelato intitulada por *Symptom Checklist – 90 – Revised* (SCL-90-R) de Derogatis e Lazarus (1994), sendo considerada uma escala multidimensional que aborda nove domínios, sendo um destes, o domínio de hostilidade. Esta escala foi validada para o português por Lalon (2001), sendo realizados validade de constructo e validade de critérios. A validação de constructo ocorreu por meio de análise fatorial, análise de agrupamento e análise de correspondência. Tais análises indicaram 40% de variância total, sendo agrupados em quatro fatores ao todo, e que a intensidade dos sintomas em níveis intermediários (1=pouco, 2=moderadamente, 3=bastante) é considerada pouca discriminativa. A validade de critério identificou uma discriminação entre os grupos (Índice Global de Severidade de 1,34 para homens e 1,47 para mulheres). A escala adotou o método *Likert* de 4 pontuações (0=nenhum, 1=um pouco, 2=moderadamente, 3=bastante, 4=muito) para avaliação da intensidade do sintoma. É válido lembrar que os fatores de psicoticismo, hostilidade, depressão e ideação paranoica foram definidos em apenas um único fator, sendo intitulado por psicoticismo (LALONI, 2001). Para o atual estudo, serão utilizados 4 itens relacionados ao domínio de Hostilidade presente na escala validada e seu ponto de corte será entre 8 a 16 pontos.

**Tabela 12. Escala Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R) para hostilidade validada por Lalon (2001).**

Item	Questão afirmativa	Resposta
11	Facilmente incomodado ou irritado.	0 1 2 3 4
27	Ter desejos de quebrar ou destruir coisas.	0 1 2 3 4
32	Envolver-se frequentemente em discussões.	0 1 2 3 4

Fonte: Derogatis; Lazarus (1994); Laloní (2001).

### **o. Compulsão Alimentar**

Transtorno alimentar em que o indivíduo tende a necessidade em se alimentar, por mais que não esteja com fome, e que não há uma interrupção da ingestão abusiva de alimentos, mesmo tendo o organismo fisiológico satisfeito (MASON; et al., 2014). Pelo DSM V da APA, a compulsão alimentar foi considerada como um Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica. Na atual categorização, o DSM V a conceitua enquanto a ingestão, em um período de no mínimo duas horas, de uma quantidade abusiva de alimentos daquela que outras pessoas consumiriam em circunstâncias análogas. Durante os episódios de compulsão, a pessoa tende a alimentar-se mais rápido do que o normal e diz sentir, segundo relatos, “desconfortavelmente cheia”, mesmo não estando fisiologicamente com fome (APA, 2014, p. 350). Além dos relatos anteriores, os indivíduos que apresentam a compulsão alimentar, referem sentimentos de vergonha e culpa em decorrência da quantidade de comida ingerida, assim como a falta de controle ao ato de comer (APA, 2014).

Para alguns autores, as definições anteriores dadas para a compulsão alimentar era controversas por incluírem somente elementos subjetivos na definição como a devida quantidade de ingestão alimentar consumida em excesso. Desta forma, fez-se necessário a amplitude da compreensão crítica da experiência que vem a ser marcada por episódios repetidos e intensos de alimentação (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006).

A mudança na definição da compulsão alimentar ocorreu em decorrência de novas pesquisas desenvolvidas no campo dos transtornos alimentares (ATTIA; et al., 2013; SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2013) e com a nova publicação do DSM IV sobre os transtornos alimentares, e após o aumento da incidência de quadros de compulsão pela população dos Estados Unidos que apresentaram características similares à identificação do indicador clínico e que necessitavam de uma maior atenção para sua melhor definição. Outro aspecto relevante considerado pelos pesquisadores seria o risco de associação das definições de obesidade e da compulsão alimentar, considerados transtornos com aspectos totalmente diferenciados, no qual demandam uma maior especificidade de cada caso estudado. A recente definição dada pelo DSM V à compulsão alimentar é representativa aos indivíduos que estão envolvidos,

assim como as práticas que os circundam (BLOC; NAZARETH; MOREIRA, 2019). As três categorias utilizadas são: questionário autoaplicável, entrevista clínica e o automonitoramento (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002).

Como questionário autoaplicável, foi adotado o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso Revisado (QEWP-R) com o objetivo de rastrear o transtorno de compulsão alimentar periódica. O QEWP-R foi construído por Yanovski (1993) e validado para a versão no português por meio da validade de constructo com análise fatorial, obtendo bons níveis de sensibilidade (0,55) e especificidade (0,80). A validade concorrente foi realizada com a Entrevista Estruturada Clínica do DSM IV (SCID-I/P), obtendo níveis satisfatórios do diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar pelos participantes com o QEWP-R em comparação ao SCID-I/P (BORGES; et al., 2005).

O QEWP-R é composto por seis itens em escala dicotômica (Sim e Não), referentes à sobrepeso e perda de controle, angústia quanto ao comportamento de compulsão, importância do peso e da forma corporal e a comportamentos compensatórios para o controle do peso. As questões devem ser respondidas por meio da presença ou ausência de tais sintomas pelas respostas de “Sim” e “Não”. O QEWP-R segue os critérios apresentados pelo DSM IV, em que a compulsão alimentar é vista como positiva quando o hábito alimentar nocivo torna-se recorrente em um período mínimo de duas vezes semanais com associação de angústia significativa, sem haverem métodos compensatórios inapropriados para a perda de peso. A pontuação ocorre por meio do número de respostas afirmativas respondidas, obtendo uma pontuação para a soma final. Ponto de corte entre 3 e 6 pontos, sugerem a presença do indicador em tais mulheres (BORGES; et al., 2005).

**Tabela 13. Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso Revisado (QEWP-R) de Yanovski (1993) validado por Borges et al. (2005).**

Item	Questão afirmativa	Resposta
1	Perda de peso significativa.	Sim ( ) Não ( )
2	Sobrepeso em excesso.	Sim ( ) Não ( )
3	Angústia perante o comportamento de compulsão.	Sim ( ) Não ( )
4	Importância dado ao peso corporal atual.	Sim ( ) Não ( )
5	Importância dada a sua forma corporal.	Sim ( ) Não ( )



**6** Comportamento que tem compensado o controle de peso Sim ( ) Não ( )

**Fonte:** Yanovski (1993); Borges; et al. (2005).

A entrevista clínica foi desenvolvida pela *Eating Disorder Examination* (EDE), considerada padrão-ouro para identificação de transtornos alimentares. O EDE é uma entrevista clínica semi-estruturada que fornece avaliações descritivas da gravidade da psicopatologia específica, neste caso, da compulsão alimentar. Tal entrevista segue os critérios adotados pelo DSM-IV e necessita de um entrevistador treinado, sendo desenvolvida tanto em estudos populacionais quanto em pesquisas clínicas. Na entrevista, diferentes formas de excesso alimentar podem ser identificadas: compulsão alimentar periódica objetiva ou subjetiva, com ou sem perda de controle (FAIRBURN; COOPER, 1993).

O EDE possui quatro subescalas (restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso) e 28 itens. A pontuação é dada por meio dos dados de frequência dos comportamentos alimentares em termos de número de episódios dos comportamentos. Atualmente, a entrevista sofreu uma atualização, de acordo com o link disponibilizado para instruções de operacionalização da entrevista: ([https://www.corc.uk.net/media/1951/ede\\_170d.pdf](https://www.corc.uk.net/media/1951/ede_170d.pdf)) (FAIRBURN; COOPER, O'COONOR, 2014).

Como instrumentos de automonitoramento, diários alimentares auxiliam quanto a anotação da ingestão alimentar diária (hora do dia e local, quantidade e qualidade dos alimentos sólidos e líquidos), geralmente no período de uma semana. Será solicitado à participante que tente registrar seus sentimentos, cognições e mecanismos compensatórios relacionados à alimentação compulsiva. É uma técnica que tem sido bastante utilizada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para identificar situações que serão o foco das intervenções, objetivando mudanças no comportamento adquirido perante a compulsão (WILSON, 1993).

Diante o exposto, definiu-se uma conceitualização específica para a SPT em mulheres vítimas de violência como sendo um conjunto de comportamentos danosos ao bem estar físico e mental em decorrência da exposição a um trauma, consequente a um ato perpetrado de violência. Todavia, a definição abordada pela NANDA-I para o diagnóstico de SPT: “uma resposta mal adaptada sustentada a um evento traumático e/ou opressivo”, torna-se relevante, uma vez que conceitua de forma adequada a idéia do fenômeno estudado da SPT.

### 1.5.2 Diagrama Pictorial

A seguir, o diagrama pictorial (Figura 4) referente aos elementos antecedentes e consequentes pertencentes à construção da TMA e, conseqüentemente, a TSE para o diagnóstico de SPT em mulheres vítimas de violência.

**Figura 4. Diagrama de Ishikawa perante os fatores etiológicos e indicadores clínicos para o diagnóstico de SPT. Fortaleza, Ceará, 2021.**



Fonte: Elaborada pela autora.

### 1.5.3 Proposições definidas

As proposições apresentadas a seguir foram desenvolvidas no embasamento dos conceitos-chave estabelecidos no tópico 1.5.2. quanto aos fatores etiológicos (precipitantes, predisponentes, incapacitantes e reforçadores) e os indicadores clínicos e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. As proposições terão por objetivo, estabelecer as relações clínicas e de causalidade entre tais conceitos para a etapa subsequente (LOPES; SILVA; HERDMANM, 2015).

Ao todo, foram construídas 13 proposições para o estabelecimento de causalidade dos elementos de SPT.

1. Mulheres expostas à agressão física apresentam sintomas de Sobrecarga de Estresse, Ansiedade, Enfrentamento Ineficaz, Medo, sintomas depressivos como, a Desesperança, Automutilação e Baixa Autoestima Situacional, ideação paranoica e sintomas somáticos (Regulação de Humor Prejudicada, Fadiga e Insônia).
2. A agressão sexual perpetrada nas mulheres influencia desde sintomas depressivos (Desesperança, Automutilação, Baixa Autoestima Situacional) até o Enfrentamento Ineficaz, Sobrecarga de Estresse, Ansiedade e sintomas somáticos (Regulação de Humor Prejudicada, Fadiga e Insônia).
3. Mulheres que foram expostas à agressão psicológica podem vir a apresentar sintomas depressivos (Automutilação, Desesperança e Baixa Autoestima Situacional), Sobrecarga de Estresse, Medo, Enfrentamento Ineficaz e sintomas somáticos como a Regulação de Humor Prejudicada, a Insônia e a Fadiga.
4. A agressão física e psicológica tende a influenciar os comportamentos para a Desesperança, a Baixa Autoestima Situacional, a Ansiedade e a Regulação do Humor Prejudicado.
5. O trauma perpetrado durante a infância proporciona a apresentação do diagnóstico de Enfrentamento Ineficaz, assim como de sintomas depressivos (Desesperança, Automutilação e Baixa Autoestima Situacional) e a Ansiedade.
6. O Enfrentamento Ineficaz, a Ansiedade, os sintomas depressivos (Desesperança e Baixa Autoestima Situacional) e a Sobrecarga de Estresse são influenciados pelos

determinantes sociais (idade inferior aos 40 anos, baixo nível de escolaridade e renda socioeconômica e ausência de vínculo empregatício).

7. O suporte social inadequado aumenta a suscetibilidade à Sobrecarga de Estresse, ao Enfrentamento Ineficaz, a Ansiedade, aos sintomas depressivos (Desesperança e Baixa Autoestima Situacional), a hostilidade e a ideação paranoica, em conjunto à agressão física e psicológica.
8. Os comportamentos de evitação, em contribuição à agressão psicológica e sexual, influencia na apresentação do Enfrentamento Ineficaz, Sobrecarga de Estresse e dos sintomas depressivos (Baixa Autoestima Situacional, Automutilação e Desesperança).
9. O Enfrentamento Ineficaz devido o fator incapacitante de comportamentos de evitação perante o trauma sofrido.
10. Sintomas depressivos (Desesperança, Automutilação e Baixa Autoestima Situacional), Sobrecarga de Estresse e Imagem Corporal Perturbada estão associados à angustia da imagem corporal em mulheres que sofreram lesões agudas (agressão física) e estupro (agressão sexual).
11. Mulheres que apresentam severidade de sintomas depressivos já existentes, em influência com as agressões física, psicológica e sexual, reforçam a presença da Sobrecarga de Estresse.
12. A compulsão alimentar e a Sobrecarga de Estresse em mulheres adultas podem serprovoçadas devido o trauma sofrido durante a infância em associação ao fator reforçador de histórico de depressão familiar.
13. O diagnóstico de Obesidade é influenciado pelo trauma e estresse traumático infantil, associado ao diagnóstico de Sobrecarga de Estresse já na fase adulta.

#### 1.5.4 Relação de Causa e Evidência para a Prática

A fase a seguir possibilita o desenvolvimento das relações causais dos conceitos-chave encontrados nas revisões sistemáticas, repercutindo em reflexões críticas do profissional de enfermagem para o estabelecimento de inferências diagnósticas conforme a prática e a realidade apresentadas ao contexto estudado (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). As causalidades são apresentadas no pictograma pelo tópico 1.5.2 da teoria e descritos a seguir.

A agressão física intitulada como qualquer ato e/ou conduta que venha a lesionar a integridade da saúde corporal de uma mulher, é intimamente associada na apresentação da severidade da sobrecarga de estresse e o enfrentamento ineficaz, este último definido por alguns autores, pelo consumo excessivo de álcool e outras drogas ilícitas como formas de estratégia de enfrentamento da vivência experienciada por meio da agressão física perpetrada. As mulheres que tiveram a experiência da VPI física possuem até 5% de maior risco em estarem relacionadas à apresentação da SPT, como a sintomatologia para a sobrecarga de estresse (HELLMUTH; et al., 2014).

O diagnóstico de medo decorre da situação de exposição à agressão física como um sentido de ameaça e perigo aos novos casos de lesões físicas que podem vir a acontecer, principalmente, em casos que envolvem parceiros íntimos. O medo torna-se uma reação involuntária à sintomatologia da SPT, uma vez que a mulher se encontra em estado de alerta e preocupações excessivas para acontecimentos que podem vir ainda a decorrer. A convivência diária com as lesões físicas está altamente direcionada a convivência com o medo, além da tomada de decisões para denúncia após a violência vivida. O medo tende a modificar as relações desta mulher em espaço individual e coletivo, transformando-as em constantes reféns da violência física (OLIVEIRA; et al., 2015).

O estresse pós-trauma é significativo à relação entre a história de agressão física em mulheres. A agressão física tende a aumentar os níveis dos sintomas somáticos de fadiga e regulação de humor prejudicado em longo prazo em decorrência dos estresses perpetrados diante da agressão física (ULIBARRI; et al., 2009). A regulação de humor prejudicada tende a ser associada em casos de mulheres que sofrem a violência doméstica no contexto das agressões físicas, com sintomas parecidos como: a incapacidade em controlar

comportamentos impulsivos, agir conforme os comportamentos desejados em momentos que envolvem emoções negativa, falta de consciência emocional e a falta de clareza emocional (ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

Mulheres expostas à agressão física possuem até 65% de probabilidade em apresentarem o diagnóstico de enfermagem Insônia, resultando também em sintomas físicos referentes ao cansaço das mesmas. A insônia pode ser exemplificada pela somatização dos sintomas físicos que incluem desde cefaleias, dores abdominais, dificuldades fisiológicas no sono e o aumento da pressão arterial, tornando-a impossibilitada de um sono reparador e apresentando, desta forma, a apresentação da sintomatologia da SPT (HEGARTY; et al., 2008).

A agressão física também esteve associada aos sintomas depressivos, sendo estes classificados como: a automutilação, a baixa autoestima e a desesperança, no qual, as mulheres que possuíam a experiência decorrente da violência física, obtinham maior probabilidade em estarem depressivas, assim como apresentavam pensamentos suicidas. Um ponto relevante para o número de sintomas físicos e mentais da depressão foi o relato da experiência da agressão física nos últimos 12 meses, como sendo um período necessário para a apresentação de tais sintomas. Para que os sintomas depressivos sejam implícitos à vida destas mulheres, é necessário que haja um tempo de exposição significativo, de no mínimo seis meses de experiência para sua apresentação. Os sintomas depressivos possuem até 62% de maior probabilidade em serem apresentados em mulheres vítimas da agressão física. Pela automutilação, esta mulher idealiza uma transferência do sofrimento psíquico para a dor física, causada pelas autolesões corporais. Nos casos de ansiedade, as mulheres que são expostas a agressão física possuem até 74% maiores chances de apresentarem o diagnóstico de enfermagem, em detrimento das preocupações excessivas e estados de alerta referentes aos constantes atos de agressão física e as incertezas perante as próximas condutas (HEGARTY; et al., 2008).

O indicador de ideação paranoica, caracterizado por desconfianças e suspeitas de certas ações por parte das pessoas no geral e/ou de seus parceiros íntimos, que podem ser interpretadas pela mulher como sendo maliciosas e nocivas a si mesma, esteve associado à exposição do fator de agressão física, apresentando 29% maior probabilidade do que em mulheres que não foram expostas a esse fator (MOREIRA; et al., 2019). A literatura também menciona que, mulheres com certo tipo de personalidade impulsiva tendem a externalizar os

sentimentos vivenciados em suas experiências subjetivas com a agressão física, principalmente por parceiros íntimos, sendo uma delas, a ideação paranoica. Este indicador torna-se uma expressão da experiência e pode funcionar, tanto como identificador da sintomatologia do SPT, quanto para a exposição da violência pelo parceiro íntimo e futura denúncia (BURNETTE; CANNON, 2014; MOREIRA; et al., 2019).

O fator de agressão sexual caracterizada por um conjunto de atos e condutas errôneas referentes à sexualidade e à intimidade da mulher esteve associado à presença da sobrecarga de estresse, com estimativas de 72% de mais chances em apresentarem tal diagnóstico de acordo com o fator abordado (RODRIGUEZ; et al., 2010), além de outras pesquisas abordarem a significância estatística da apresentação de sobrecarga de estresse em mulheres expostas à agressão sexual (MANYEMA; et al, 2018; GOLDER; et al, 2015).

O diagnóstico de Ansiedade é apontado como desfecho, uma vez que há estudos que abordam a estimativa sendo até quatro vezes maiores para mulheres expostas à agressão sexual (CHOI; et al., 2019) e outros estudos apresentam o que se chama como “o ciclo da violência”, no qual a mulher passa por fases de construção de tensão com o parceiro, episódios seguidos de violência e a última fase, sendo a fase intitulada por “lua-de-mel”, com pedidos de desculpa, promessas e remorsos, deixando-a confiante de que tais situações não ocorrerão posteriormente. Todavia, o ciclo possibilita níveis de ansiedade altos em mulheres expostas, principalmente à VPI e tende a estar também vinculada à agressão sexual (WALKER, 1980; GUEDES; et al., 2007; LUCENA; et al., 2010).

Os sintomas depressivos (desesperança, baixa autoestima situacional e automutilação) possuem correlação com a agressão sexual perpetrada (GOLDER; et al., 2015), assim como outro estudo abordou a relação existente entre este fator para com o aumento de sintomas depressivos nas mulheres, além da regulação de humo que tende a ser prejudicada, episódios somáticos de insônia e distúrbios de sono e a crescente fadiga como sintomas somatizadores e que representam a sintomatologia da SPT (MITCHELL; et al., 2010).

A agressão psicológica definida como qualquer ato e/ou conduta que cause danos emocionais e desfechos nocivos à autoestima, foi direcionado juntamente a VPI física, a apresentação da sobrecarga de estresse. Desta forma, subtende-se que, mulheres que sofrem em conjunto a agressão física e psicológica estão interligadas as severidades dos sintomas de

SPT, com o próprio estresse pós-trauma. A agressão psicológica considerada sozinha como o único fator nas mulheres, está associada ao aparecimento dos sintomas depressivos de desesperança, baixa autoestima situacional e práticas de automutilação. Tal situação ocorre devido o sofrimento mental ocorrido por meio de ameaças, humilhações e ofensas que tendem a desenvolver a autolesão sem intenção para suicídio como forma de escapatória da dor mental para a dor física, além dos sintomas de baixa autoestima referentes às humilhações e a desesperança como sintomas necessários na sintomatologia do SPT a estas mulheres (HELLMUTH; et al., 2014).

O diagnóstico de Medo à exposição da agressão psicológica é explicado por meio da manipulação perversa do agressor, que tende a consumir sua integridade, mediante a intimidação, humilhação, gerando a manifestação do medo. Tal diagnóstico está relacionado também ao próprio conjunto de normas e regras impostas a tal mulher, de acordo com os seus sentidos apreendidos e internalizados desde a infância. As ameaças ocorrem de forma provocativa à vítima como estratégias de subordinação, entorpecimento e, até mesmo, havendo o vínculo com a agressão física, mencionado no parágrafo posterior (LABRONICI; FEGADOLI; CORREA, 2010).

O diagnóstico de insônia referente à exposição da agressão psicológica foi indicado com 18% maiores chances de ocorrência, em decorrência às ameaças a novos tipos de agressões, tais como a física e sexual, sustentadas às ameaças para possíveis tentativas de feminicídio por parte dos parceiros íntimos, tornando-o estado de vigília e sono das mulheres prejudicado, ao passo que as mesmas atendem à características recorrentes à insônia como a alteração do padrão de sono e a sensação de cansaço devido à falta de restauração dos sistema mental e fisiológica, em detrimento dessa sintomatologia da SPT (ADEODATO; et al., 2005).

O diagnóstico de Fadiga esteve associado à agressão psicológica enquanto um sintoma somatizador e sintoma físico, indicativo do tempo de exposição à violência e a frustração apresentada pela mulher devido esse tipo de agressão, tornando-o comum e dependendo do tipo de personalidade, como: resistente ao estresse, dependente do parceiro, perfeccionista e/ou sentimental (MOREIRA; et al., 2019).

Mulheres expostas à agressão física e psicológica estão inteiramente associadas aos sentimentos de medo, principalmente às situações de retaliação por lesões agudas e em decorrência das ameaças envolvidas à exposição da agressão psicológica. Sentimentos de



vergonha e culpa excessiva são consideradas consequências de tais agressões relacionadas ao diagnóstico de Medo (LEISRING, 2009; SIPPEL; MARSHALL, 2011).

Ressalta-se que mulheres expostas à agressão física e psicológica estão associadas ao aparecimento dos sintomas de desesperança e baixa autoestima situacional e ansiedade em conjunto à regulação de humor prejudicada, conforme aborda o estudo de Zancan e Habigzang (2018). Os níveis de desesperança e baixa autoestima situacional estiveram positivamente associados à não aceitação das emoções negativas, na dificuldade de controle do comportamento impulsivo ao vivenciar emoções negativas referentes ao trauma sofrido, assim como o acesso limitado a estratégias de regulação emocional que pudessem ser observadas enquanto parâmetros confiáveis e efetivas para o controle emocional, gerando desta forma, o diagnóstico de enfermagem de Regulação de humor prejudicado (ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

O fator de trauma infantil está associado à presença de ansiedade, assim como sintomas depressivos de desesperança, automutilação e a baixa autoestima. Para os sintomas depressivos, houve um aumento de até 72% de mais chances de serem ocorridos caso a mulher tivesse sido exposta às agressões física e sexual durante a infância. O uso abusivo de álcool e outras drogas também esteve associado ao trauma infantil, sendo interpretado como formas de enfrentamento ineficaz na fase adulta (MILLER; RESICK, 2007). O trauma infantil (abuso emocional, agressão física, agressão sexual, negligências emocional e física) é visualizado enquanto um dos principais fatores necessários para o possível consumo excessivo de substâncias psicoativas, sendo um fator que incapacita a recuperação da melhora do quadro clínico, resultando em um possível diagnóstico de enfermagem de Enfrentamento Ineficaz, caracterizando o fenômeno da SPT (LOTZIN; et al., 2019).

Os fatores sociodemográficos, mencionados como fatores predisponentes que tornam a mulher mais suscetível ao aparecimento da sintomatologia da SPT, como: idade inferior aos 40 anos, baixo nível de escolaridade, baixo nível de renda sociodemográfica e ausência de vínculo empregatício, estiveram associados em vários estudos com a apresentação de certos elementos consequentes, sendo estes: Enfrentamento Ineficaz, ansiedade, desesperança, baixa autoestima situacional e sobrecarga de estresse (HEGARTY; et al., 2008; GOLDER; et al., 2015; MANYEMA; et al., 2018; LOTZIN; et al., 2019; CHOI; et al., 2019; MOREIRA; et al., 2019). Todos os estudos mencionados abordam a faixa etária inferior aos 40 anos como sendo essencial para a suscetibilidade da violência e da sintomatologia

mencionada, sendo a fase adulta, dos 20 aos 35 anos mais suscetíveis ao aparecimento da SPT (HEGARTY; et al., 2008; GOLDER; et al., 2015; MANYEMA; et al., 2018; LOTZIN; et al., 2019; CHOI; et al., 2019; MOREIRA; et al., 2019).

bell hooks afirma em sua teoria feminista que a VCM obtém diferentes meios de arranjo e que tais meios são propícios para o maior aparecimento de desfechos nocivos. Os fatores sociodemográficos são visualizados pela teórica como uma das estratégias de inovação à VCM pela dominação principalmente masculina e pelo efeito dado ao sexismo, no qual se têm a importância de discussão de raça e classe como importantes fatores para o maior efeito da SPT (HOOKS, 1984).

O nível de escolaridade também esteve associado, uma vez que mulheres que possuem letramento e aprofundamento teórico perante a sua situação vivenciada, tendem a procurar apoio e escapatórias efetivas para o enfrentamento e interrupção da violência, além do quadro clínico de sintomas apresentados. O baixo nível de renda e a ausência de vínculo empregatício estão associados em decorrência das limitações financeiras encontradas para o enfrentamento das agressões, assim como do aparecimento da sintomatologia, no qual, pela VPI, as mulheres tendem a se tornar “reféns” de seus parceiros íntimos por reterem a renda salarial da família e, por na maioria das vezes, terem o histórico de maternidade e a devida preocupação com o futuro dos filhos (HEGARTY; et al., 2008; GOLDER; et al., 2015; MANYEMA; et al., 2018; LOTZIN; et al., 2019; CHOI; et al., 2019; MOREIRA; et al., 2019).

bell hooks ressalta em sua teoria que aspectos referentes à classe social, como níveis de escolaridade e a renda socioeconômica estão intimamente ligadas à maior exposição do fenômeno da violência nas mulheres, assim como à manifestação de possíveis sintomas relacionados à experiência traumática vivenciada pelo público-alvo. Mulheres com baixos níveis de escolaridade e renda socioeconômica estão relacionadas aos graves desfechos da VCM por conta da falta de conhecimento e aprofundamento teórico quanto ao movimento feminista e a relevância da interrupção da violência por meio da busca de apoio social, bem como pela preocupação de abandono dos parceiros íntimos que tendem a proporcionar o sustento familiar e a renda financeira (HOOKS, 1984).

O fator de suporte social inadequado esteve associado aos indicadores de sobrecarga de estresse, ansiedade, enfrentamento ineficaz, desesperança, baixa autoestima

situacional, hostilidade e ideação paranóica. Os níveis de estresse pós-trauma às agressões física e psicológica, em adição ao suporte social inadequado e a insegurança sentida por tais mulheres em seu contexto biopsicossocial, tornam a apresentação da sintomatologia descrita anteriormente como mais frequente e mais suscetível em ocorrer (GOLDER; et al., 2015).

bell hooks garante que o apoio social torna-se extremamente necessário, sendo um fator que tende a impossibilitar a melhoria do estado físico/psíquico da sobrevivente, uma vez que esta não possui uma rede de apoio suficiente que menciona a necessidade do combate à sua violência e que a experiência sofrida não tende a ser sua culpa e sim, de seu agressor (HOOKS, 1984).

O fator incapacitante intitulado por comportamentos de evitação definido enquanto estratégias de enfrentamento a fim de se evitar a situação traumática experienciada, foi visualizado enquanto um fator que media as agressões psicológica e sexual quanto à apresentação da sintomatologia do SPT. Os comportamentos de evitação relacionados à agressão psicológica e sexual mediavam a severidade da sobrecarga de estresse nas mulheres que foram vítimas de violência. Ou seja, mulheres que tendem a criar estratégias de enfrentamento como formas de evitação para as agressões perpetradas acima, produzem a sintomatologia do SPT, por meio do aumento do nível de cortisol, adrenalina e noradrenalina, mantendo-as sob nível crítico de estado de alerta. O consumo em excesso do álcool e de drogas ilícitas, como a *cannabis*, possibilita o aparecimento do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz (HELLMUTH; et al., 2014).

A relação do diagnóstico de Enfrentamento Ineficaz com os traumas de agressão psicológica e sexual, principalmente pelo uso abusivo do álcool, como sendo o comportamento de evitação mais adotado pelas mulheres segundo os estudos (STAPPENBECK; et al., 2013; FOSSOS; et al., 2011), dispõe da necessidade de um “desfecho prazeroso” quanto ao entorpecimento causado pelo consumo alcoólico (COOPER, 1994) e pelas funções perceptivas como o enfrentamento à emoção negativa correlacionado à agressão psicológica e, compreende-se como uma consequência por meio do enfrentamento ineficaz motivado pelo excesso de bebida (COOPER; et al., 1995).

Segundo Cooper (1994), as quatro motivações para o enfrentamento ineficaz por meio do consumo excessivo de álcool estão diretamente relacionadas às mulheres que são expostas aos fatores de agressão sexual e psicológica, sendo estas: 1- socialmente, pois ajuda

a mulher a divertir-se em festas e celebrações; 2- enfrentamento, como forma de esquecimento do problema em si; 3- aprimoramento, para criar uma “sensação agradável”; e 4- conformidade, para que a bebida alcoólica seja atrativa e torne-se comum na rotina desta mulher (COOPER, 1994).

Estudos referentes à agressão sexual (CORBIN; et al., 2001; ULLMAN; et al., 2005) e a coerção sexual (FOSSOS; et al., 2011) reportaram a grande motivação do uso abusivo do álcool como enfrentamento à história de agressão ocorrida. Existe uma relação entre o consumo de álcool e a hipótese para automedicação de ansiolíticos e antidepressivos como estratégia de evitação e forma de enfrentamento quando apresentados sintomas de sobrecarga de estresse em relação ao trauma sofrido pela agressão psicológica e sexual (SALADIN; et al., 1995). Outros estudos reportaram os níveis altos da sintomatologia da SPT ao uso abusivo de álcool e outras formas de enfrentamento, como o uso de drogas ilícitas (DIXON; et al., 2009; STEWART; et al., 2004).

Os comportamentos de evitação estiveram mediados às agressões psicológica e sexual quanto ao aparecimento dos sintomas depressivos de desesperança, baixa autoestima situacional e automutilação. Tais mulheres agredidas fisicamente e sexualmente, tendem a realizar comportamentos para evitação do trauma sofrido, tornando o processo de bem estar e saúde mental incapacitados, aumentando o número de autolesões infligidas consigo mesma como “válvula de escape”, e possuir sentimentos de desesperança e baixa autoestima. O mesmo estudo propõe a relação direta entre os comportamentos de evitação e a agressão psicológica na maioria dos casos das mulheres, o que dispõe para um quadro associado entre o sofrimento psicológico para com o aparecimento do fator de comportamento para evitação da agressão psicológica (HELLMUTH; et al., 2014).

A agressão sexual por meio da VPI, em mediação aos comportamentos de evitação esteve diretamente relacionado ao uso abusivo de álcool, enquanto substância depressora que objetiva a diminuição dos níveis de atividade do organismo, provocando a sonolência e/ou a sensação de relaxamento muscular, apresentando o diagnóstico de Enfrentamento Ineficaz. As agressões psicológica e sexual pela VPI em conjunto e relacionadas ao fator de comportamentos de evitação estiveram associadas à apresentação do uso abusivo de drogas ilícitas, onde a agressão psicológica e sexual por si só estiveram associadas ao uso de substâncias psicoativas. Compreende-se tal fator como um incapacitante da recuperação do bem estar, uma vez que sua mediação com estes dois tipos de agressões

tende a surgir com maior intensidade o enfrentamento ineficaz devido o consumo em excesso às substâncias psicoativas (HELLMUTH; et al., 2014).

A vitimização das agressões sexual e psicológica está intimamente interligada ao uso das estratégias de enfrentamento para evitação, criando um desfecho ainda maior para as problemáticas referentes à saúde mental. Alguns autores desenvolvem hipóteses de que as mulheres estão particularmente íntimas ao uso de substância psicoativas como forma de intoxicação e entorpecimento do Sistema Nervoso Central (SNC) como evitação das agressões perpetradas, o que justifica o futuro problema com o consumo excessivo de drogas psicoativas devido ao vício instaurado posteriormente, causando o enfrentamento ineficaz (PICO-ALFONSO; et al., 2006; HELLMUTH; et al., 2014).

Os comportamentos de evitação tendem a ser extremamente modificáveis, a depender da população acometida e sua cultura (BADOUR; et al., 2012; SIKKEMA; et al., 2013). No entanto, as estratégias de enfrentamento adaptativas utilizadas por mulheres como respostas para os problemas específicos da violência sofrida, podem não ser considerados enquanto seguros e aceitáveis àquelas que tiveram a experiência de diferentes formas da VPI, desde a física, às psicológica e sexual (HELLMUTH; et al., 2014).

A angústia da imagem corporal, intitulada como um fator incapacitante e definida como a insatisfação da mulher para com sua auto percepção da imagem corporal, em conjunto aos fatores precipitantes de agressão física, em formas de lesões agudas (queimaduras, concussões, fraturas, lacerações no geral, lesões dentárias) e à agressão sexual por meio da prática do estupro com possíveis lacerações vaginais, associam-se a quadros de sintomas depressivos como a desesperança, a prática da automutilação e a baixa autoestima situacional. A severidade das lesões agudas e o tempo de estupro perpetrado estiveram associados à presença dos sintomas detalhados anteriormente e também a sobrecarga de estresse, assim como tiveram três vezes mais chances de ocorrer do que em mulheres não expostas a tais tipos de agressões e ao fator de angústia da imagem corporal (WEAVER; GRIFFIN; MITCHELL, 2014).

A angústia da imagem corporal, em conjunto à agressão física e sexual também esteve vinculada ao diagnóstico de Imagem Corporal Perturbada, onde tais mulheres possuem até 72% de maior probabilidade em apresentarem tal diagnóstico em situação do

fator exposto e os tipos de agressão perpetrados como início da cadeia causal da SPT (WEAVER; GRIFFIN; MITCHELL, 2014).

O fator reforçador de severidade dos sintomas depressivos já existentes está associado à sobrecarga de estresse em mulheres expostas aos fatores de agressão física, psicológica e sexual apresentando até 31% de maior probabilidade em ocorrer do que em mulheres que não foram expostas aos fatores precipitantes e ao fator reforçador mencionado (LOTZIN; et al., 2019).

O fator reforçador de histórico de depressão familiar, em conjunto ao fator de trauma na infância desencadeiam a compulsão alimentar e a sobrecarga de estresse. Um estudo com 49.408 mulheres, nos quais 81% reportaram pelo menos um tipo de evento traumático e aquelas que possuíam o histórico de depressão na família, associado ao trauma infantil apresentaram até três vezes maiores chances de apresentarem ingestão abusiva de alimentos, tornando-se compulsivo e o estresse devido o evento ocorrido durante a infância, do que aquelas que não foram expostas ao fator de trauma infantil e que não tinham parentes com diagnóstico para depressão (MASON; et al., 2015).

O tipo de trauma infantil relatado como principal para tais indicadores seria o tipo físico com 6% de probabilidade para ocorrência da compulsão alimentar durante a fase adulta, devido os flashbacks ocorridos posteriormente. A SPT esteve incrivelmente associada às mulheres com compulsão alimentar, podendo ser apresentada como um dos indicadores clínicos necessários para a apresentação da sintomatologia da síndrome, devido a ocorrência do estresse e das preocupações acerca dos familiares que possuem o diagnóstico de depressão, tornando-se uma “válvula de escape” para o desestresse e tentativa de restauração do bem estar. É importante mencionar a necessidade de estratégias para enfrentamento da compulsão alimentar, uma vez que a mesma pode se tornar um risco para a obesidade futuramente em tais mulheres (MASON; et al, 2015).

Em outros estudos, a compulsão alimentar esteve associada ao trauma infantil em mulheres e a uma faixa etária típica de mulheres adolescentes e adultas, como sendo os grupos principais para estabelecimento da relação de causalidade entre a compulsão e o trauma sofrido durante a infância. Tais pesquisas afirmam a idéia de que, o trauma infantil, do tipo severo torna-se um potente fator para efeitos negativos específicos e profundos para a recuperação do bem estar, já que a vítima tende a recriar as cenas em sua mente, apresentando

níveis de estresse prolongados e, conseqüentemente, a compulsão alimentar (TEICHER; TOMODA; ANDERSEN, 2006; HEIM; NEMEROFF, 2001; HEIM; et al., 2010).

A obesidade em adição ao diagnóstico de Sobrecarga de Estresse foram associados ao fator de trauma infantil, no quesito de abuso sexual e agressão física na infância, no qual o IMC das mulheres que tende a ser uma das formas de mensuração para obesidade apontou alta correlação do indicador com os traumas mencionados anteriormente. A obesidade, em tais casos são visualizadas como relações de causalidade indireta, no qual, primeiramente ocorre a presença do estresse pós-trauma seguido de descompensação excessiva de gordura corporal, com devida apresentação de obesidade (DEDERT; et al., 2012). Outros resultados em pesquisa indicam a associação entre a obesidade e o trauma sofrido durante a infância, principalmente após o estresse traumático, interpretando para a fase adulta, efeitos de sobrecarga de estresse, depressivos e a própria obesidade como prevalente à sintomatologia da SPT (DAVID; et al., 2004; DOBIE; et al., 2004; PERKONIGG; et al., 2009).

## 1.6 CONCLUSÃO

A TSE proporcionou a identificação dos elementos condizentes ao fenômeno da Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência, conseguindo defini-las e associando-as à prática clínica do enfermeiro. A teoria feminista de bell hooks permitiu estabelecer as relações de poder existentes entre os gêneros, assim como a exposição de tais mulheres aos tipos de agressão intitulados por fatores precipitantes. A teoria feminista apresentou a importância dos estudos referentes aos fatores sociodemográficos, uma vez que mulheres negras, pertencentes a uma renda socioeconômica baixa, nível de escolaridade insuficiente e suporte social inadequado, tendem a estar mais suscetíveis ao fenômeno do SPT.

Os conceitos-chave identificados na NANDA-I por meio das revisões sistemáticas de literatura estão além dos elementos pertencentes atualmente à NANDA-I, sugerindo uma revisão diagnóstica dos elementos que o compõe. Os tipos de agressões perpetrados (física, psicológica, sexual e trauma infantil), considerados como o início para a cadeia causal, não são os únicos fatores elencados como necessários para a apresentação do fenômeno de SPT. A TSE possibilitou a seleção de fatores sociodemográficos como a idade inferior aos 40 anos, baixo nível de escolaridade, renda socioeconômica e ausência de vínculo empregatício associados a uma maior suscetibilidade na apresentação da SPT. Os fatores reforçadores de severidade dos sintomas depressivos e histórico de depressão familiar estiveram interligados aos fatores precipitantes enquanto ampliadores dos desfechos nocivos do SPT, assim como os fatores incapacitantes de comportamentos de evitação e angústia da imagem corporal foram associados à incapacidade de recuperação do bem estar, tornando os elementos consequentes aumentados à população alvo.

Neste sentido, a TSE da SPT servirá para as pesquisas referentes ao fenômeno da VCM, assim como auxiliará a prática clínica dos profissionais enfermeiros, uma vez que fornecerá subsídios aos profissionais quanto à detecção precoce da sintomatologia da SPT por meio da identificação dos fatores etiológicos apresentados pela mulher vítima de violência e a junção necessária de tais fatores intitulados por precipitantes, predisponentes, reforçadores e incapacitantes.



# CAPÍTULO 2

## CAPÍTULO 2 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DIAGNÓSTICO COM JUÍZES

### 2.1 INTRODUÇÃO

A linguagem efetiva necessita da precisão dos conceitos, até então empregados. Pela enfermagem, observa-se que a falta de conceitos concisos e clarificados tende a fragilizar a prática dos enfermeiros, ao passo que o corpo do conhecimento científico se torna vazio às áreas identificadas como sendo primordiais ao profissional enfermeiro, sendo: os conceitos referentes ao conhecimento abstrato (exemplo: bem estar) e aqueles desenvolvidos para o seguimento de soluções de problemas (exemplo: condição de pós-trauma após um evento traumático e/ou opressivo) (NORRIS, 1982).

Neste sentido, Carvalho, Cruz e Herdman (2013) pontuam a preocupação dos questionamentos feitos aos conceitos das Linguagens Padronizadas de Enfermagem (LPE) utilizadas atualmente, no qual são pontuadas se suas definições estão apropriadas aos objetos de estudo, se podem ser consideradas inequívocas às populações, se são conhecidas pelos profissionais de enfermagem para o manuseio em sua prática e se os elementos constituintes são representativos e conseguem caracterizá-los, assim como as condições em que tais elementos ocorrem, as consequências e suas mensurações.

As LPE são essenciais para o desenvolvimento da profissão, enquanto disciplina e categoria científica. Expressões identificadas como Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) são definidas como estruturas necessárias para a organização de terminologias que podem ser utilizadas perante a assistência do profissional enfermeiro durante Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Tais sistemas possibilitam a descrição da avaliação, intervenções e resultados coerentes aos cuidados de enfermagem (RUTHERFORD, 2008).

Quanto à produção de conhecimento que estimule o raciocínio e a prática clínica do enfermeiro, os SLP ofertam uma estrutura unificada de conceitos pertinentes às áreas de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem e tornam-se instrumentos/tecnologias necessárias à crescente complexidade da prática do profissional enfermeiro (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Por conseguinte, o reconhecimento perante os diagnósticos de enfermagem – para tal pesquisa, haverá o enfoque em um diagnóstico referente à Taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I) – e estudos que possibilitem a sua validação e análise crítica facilitam a elaboração e a execução do plano de cuidados por parte do profissional, no qual as características definidoras e fatores relacionados serão amplamente revisados e avaliados perante sua relevância diante do fenômeno estudado e público em que se pretende focar (BARRETO, 2018).

O diagnóstico de enfermagem é definido, segundo Nietsch (2000), como um dos tipos de tecnologia da saúde que estão em evidência nos cenários das práticas em decorrência das demandas diferenciadas do cuidado em enfermagem. As tecnologias do cuidado são identificadas como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante a sua assistência.

A definição encontrada para diagnósticos de enfermagem pela NANDA-I é: “um julgamento clínico de acordo com a resposta humana para processos de condição de saúde e a vulnerabilidade para as respostas de um indivíduo, família, grupo ou comunidade” (HERDMAN; KAMITSURU, 2021, p.133).

Diante da conceitualização denominada por Merhy (2005) às tecnologias “leve-dura” para produção do cuidado, são visualizadas como saberes estruturados, teorias e a própria intervenção profissional interligada ao raciocínio clínico. Desta maneira, compreende-se o diagnóstico de enfermagem enquanto tecnologia “leve-dura”, podendo ser utilizado para a promoção da saúde e bem estar de mulheres que tenham sido vítimas de violência e que, pressupõe-se que tais eventos traumáticos e/ou opressivos podem desencadear uma série de sintomas clínicos capazes de serem definidos e caracterizados por um único diagnóstico.

Ressalta-se que os diagnósticos de enfermagem são classificados em quatro tipos: real, promoção da saúde, risco e bem estar (HERDMAN; KAMITSURU, 2014). Esta afirmação adiciona a relevância da implementação dos diagnósticos à PE pelo profissional enfermeiro, uma vez que a promoção da saúde encontra-se intitulada enquanto classificação para alguns dos diagnósticos de enfermagem existentes na NANDA-I. O enfermeiro torna-se responsável à promoção/prevenção da saúde à população assistida, no qual o diagnóstico será visualizado enquanto dispositivo necessário e apropriado para tal identificação da promoção de saúde e recuperação/restauração da saúde e bem estar (BEZERRA; et al., 2016).

Para que haja o estabelecimento do diagnóstico, o enfermeiro necessita de um consenso perante seu julgamento clínico às evidências científicas existentes. Corrêa (2003) afirma que o raciocínio lógico dedutivo é utilizado durante o PE para fins de padronização dos sinais e sintomas identificados no paciente – no caso do estudo, em mulheres que sofreram algum tipo de violência – para que haja a compatibilidade com os diagnósticos disponíveis para o posterior plano de cuidados. Desta forma, têm-se como alternativa a validação dos diagnósticos de enfermagem em consonância às realidades encontradas e enfrentadas pelo profissional enfermeiro.

Os estudos de validação diagnóstica proporcionam ferramentas que norteiam a aplicação do PE, ao mensurar e apresentar a acurácia dos fenômenos. Desta forma, tais estudos permitem que o fenômeno estudado – a Síndrome Pós-Trauma – seja representada de forma adequada (POLIT; BECK, 2014). Com tal afirmativa, têm-se a perspectiva de que os elementos e seus conceitos representam de fato aquilo que é proposto pelo fenômeno. Neste sentido, é possível que sejam apresentados planos de cuidados de enfermagem e elencar resultados que possam ser fidedignos à real problemática do paciente (LUNNEY, 2010).

Na abordagem dos estudos de validação diagnóstica, existem diferentes estratégias utilizadas para tal, sendo: validação de conteúdo diagnóstico, validação clínica e a validação diagnóstica diferencial (FEHRING, 1987; HOSKINS, 1997; GARCIA, 1998). Três etapas devem ser seguidas, conforme o referencial de Lopes, Silva e Araújo (2013), sendo estas: análise de conceito, podendo ser desenvolvido por revisões de literatura; validação da estrutura do diagnóstico com juízes da área e a validação clínica dos elementos identificados com um público em específico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Por meio da validação de conteúdo, serão identificados os elementos considerados relevantes ao fenômeno da SPT pelos juízes selecionados, sendo que, esta etapa é dedicada a melhoria da estrutura diagnóstica com as respostas dadas pelos juízes e avalia os possíveis fatores etiológicos e indicadores clínicos, sendo revisadas as definições e os próprios elementos a partir do julgamento dos profissionais escolhidos (GUEDES, 2011).

Para que haja uma avaliação criteriosa, aspectos referentes à seleção dos juízes e na análise estatística precisam ser levados em consideração. Não há um consenso exato na literatura quanto aos critérios que devem ser estabelecidos, todavia, os estudos de validação de conteúdo têm sido desenvolvidos com a observação das experiências em âmbito prático e

acadêmico, assim como a utilização de estatísticas mais eficientes para a obtenção de resultados que estejam mais próximos à realidade do diagnóstico (DINIZ, 2017). Sendo assim, a validação de conteúdo pelos profissionais juízes possibilita verificar a estrutura identificada durante a etapa de revisão teórica do diagnóstico Síndrome Pós-Trauma, com o objetivo de analisar a relevância dos elementos identificados na etapa anterior.

## 2.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A etapa de validação do conteúdo deve consistir na elaboração rigorosa de critérios que possam ter a melhor definição e proposta para a seleção dos juízes, a coleta e análise dos dados perante as avaliações feitas pelo público selecionado ao fenômeno estudado (DINIZ, 2017). Alguns estudos (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; CARVALHO; et al., 2006; MELO; et al., 2011) comprovam que o método de Fehring (1987) tem sido o mais referenciado ao longo das pesquisas que envolvem a validação com diagnósticos de enfermagem no Brasil, com as etapas divididas em: validação do conteúdo diagnóstico, validação clínica do diagnóstico, correlação etiológica e validação de definição diagnóstica; seguido do método de Hoskins (1989) que apresenta as seguintes fases: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica.

Fehring (1987) apresenta para a seleção de juízes somente os aspectos quanto à experiência acadêmica no quesito de titulação, trabalhos realizados na temática e publicações na temática de interesse. Para a análise das respostas, dá-se uma nota em escala *Likert* de 1 a 5 (1= não indicativo; 2= muito pouco indicativo; 3= de algum modo indicativo; 4= consideravelmente indicativo; e 5= muito indicativo para o diagnóstico) para cada elemento do diagnóstico estudado e, ao final, é feito o cálculo da média ponderada perante as notas atribuídas com seus devidos “pesos” pré-definidos (1=0; 2=0; 3=0,5; 4=0,75; 5=1).

Contudo, o método de Fehring (1987) demonstra fragilidades perante os dois tópicos citados acima, no qual para a identificação dos juízes, existe a dificuldade no processo de captação (GUEDES, 2011), além dos critérios para seleção excluïrem a experiência prática e clínica e fortalecerem somente aspectos referentes à experiência na academia (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009; PRIEST, 1999).

Além deste ponto, existem adversidades encontradas na análise quantitativa e qualitativa das respostas obtidas pela superestimação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de cada item, em decorrência da média ponderada que tende a atribuir um valor maior caso o juiz decida que tal componente está adequado ao diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Sendo assim, será utilizado como referencial, o método proposto por Lopes e Silva (2016) e Lopes, Silva e Araújo (2012) perante a definição do processo, os

critérios para seleção dos juízes e como deve ser realizada a análise perante os dados obtidos ao final.

Lopes, Silva e Araújo (2012) propõem como fases para a teoria sobre teste de diagnósticos: análise de conceitos, análise de conteúdo por expertises e análise da acurácia dos indicadores clínicos. O termo “análise” é considerado apropriado ao contrário do termo “validação”, uma vez que os autores afirmam o processo de validação como sendo um evento complexo, e caracterizado pela não garantia de que um grupo pequeno de juízes assegurem a representação verdadeira dos elementos antecedentes (fatores etiológicos) e aos elementos consequentes (indicadores clínicos) a um diagnóstico em si. Os autores mencionam que juízes e/ou avaliadores deveriam ser os termos utilizados frequentemente para o processo de análise de conteúdo, uma vez que o perfil dos participantes da pesquisa esteja mais próximo à uma proficiência em si, do que para a expertise até então dita (LOPES; SILVA; ARAÚJO; 2013).

A definição do diagnóstico, os fatores etiológicos e os indicadores clínicos são interpretados como elementos fundamentais para a validação de diagnósticos de enfermagem, visto que há uma correlação entre os elementos antecedentes e consequentes para formação do diagnóstico presente (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

O processo possui, como objetivo principal, a estimativa das proporções de juízes que indicariam a relevância dos elementos antecedentes e consequentes para a composição de um diagnóstico de enfermagem, no qual seriam apresentados os elementos já existentes pela Taxonomia da NANDA-I e aqueles que estariam sendo formulados para um aperfeiçoamento do diagnóstico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Lopes, Silva e Araújo (2012) sugerem que sejam avaliados dois aspectos para a seleção, sendo estes, o conhecimento teórico e a experiência clínica do juiz. É afirmada a relevância da experiência prática dos juízes em termos de perfil para a sua proficiência, assim como tal exemplo equilibra as relações entre experiência acadêmica e experiência prática (BENNER; TANNER, CHESLA, 2009).

A caracterização e a identificação dos juízes têm sido visualizadas como uma das maiores dificuldades para esta etapa, uma vez que identificados os níveis dos juízes, tais participantes encontram-se em problemas perante a disponibilidade de tempo e o fator em si prejudica o processo de avaliação segura dos elementos do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

Para a solução da problemática quanto à identificação da qualidade e quantitativo de juízes, espera-se que os mesmos sejam avaliados perante o grau de proficiência (mencionado em parágrafo anterior) e não de expertise, o que tende a ofertar maior número de participantes para a análise de conteúdo. O método descrito é intitulado por “*wisdom of the crowd*” (sabedoria das multidões), no qual a opinião de um quantitativo grande de juízes com determinada proficiência tende a ser mais valioso e representativo quanto às estimativas em comparação a avaliação feita por um único juiz expertise (YI; et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016).

A sabedoria coletiva é afirmada como a amenização dos erros de julgamento acometidos por um dos juízes devido o processo inteiramente interpretado coletivamente. Desta forma, a amostra de juízes pode conter profissionais que estejam na prática clínica e aqueles que se encontram somente na academia, desde que obtenham aspectos referentes às experiências práticas e/ou acadêmicas (YI; et al.,2012; LOPES; SILVA, 2016).

Desta forma, a sabedoria coletiva é assimilada como a média final da amostra de juízes sendo superior ao julgamento individual de cada um, sendo necessária a inclusão da independência entre os participantes, uma vez que a comunicação deve ser limitada, sugerindo que não haja o compartilhamento de informações relevantes à pesquisa, e que, quanto maior a experiência de cada participante da amostra, maior será a qualidade dos resultados encontrados (LOPES; SILVA, 2016).

A sabedoria coletiva foi abordada por outro ângulo pelo Teorema de Diversidade Preditiva, que tende a quantificar as relações, considerando o “erro da predição coletiva”, ou seja, a diferença entre a validade média atribuída pelos juízes e a validade real do diagnóstico, será igual ao “erro médio”, sendo este a média de erros quanto aos julgamentos feitos pela amostra, diminuído pelas variâncias de experiências obtidas por cada participante juiz (PAGE, 2007). Neste sentido, quanto maiores forem as experiências entre o grupo de juízes, menores serão erros conforme a validade de conteúdo.

O Teorema de Diversidade Preditiva possibilita a modelação probabilística das estimativas referentes à validade de conteúdo, principalmente pela consideração do aspecto de cognição ser desenvolvido com uma distribuição de probabilidade individual e internalizada. Nesta perspectiva, sendo um indicador clínico considerado pertinente ao diagnóstico pelo juiz,



o valor pontuado será a medida de suas experiências quanto à relevância do indicador enquanto uma resposta humana necessária ao diagnóstico estudado (LOPES; SILVA, 2016).

Todavia, a sabedoria coletiva possui certas limitações que necessitam serem visualizadas, como: as pontuações do IVC estando próximo a valores extremos de 0 e 1, sendo proposto como solução o cálculo de médias geométricas e medianas com características robustas. O método não articula as sugestões perante as avaliações individuais, no qual os autores acrescentam que o próprio pesquisador pode inserir sugestões ao instrumento de coleta e tais sugestões serem revisados como estratégia de qualificar o diagnóstico e seus elementos (LOPES; SILVA, 2016).

Não há consenso na literatura para o nível de classificação que consiga definir exatamente o nível de proficiência dos juízes, do mesmo modo que não há conformidade perante a classificação de um quantitativo mínimo de indicadores clínicos, a ocorrência precoce dos mesmos e o conjunto de indicadores que possam representar fielmente um diagnóstico por meio da variável latente (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

O método proposto por Fehring (1987) diante da classificação dos níveis é afirmado como ultrapassado por conceituar somente a experiência acadêmica, até então mencionado anteriormente. Autores supõe a necessidade da adição de critérios que envolvam a experiência prática enquanto fator necessário para que haja um nível de proficiência satisfatório (CARVALHO; et al., 2006; MELO; et al, 2011; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016).

O emprego para a classificação dos níveis será do referencial de Benner, Tanner e Chesla (2009), que elencou os cinco níveis necessários para a seleção de um juiz. Os participantes devem ser divididos nos seguintes graus de conhecimento: 1º nível - *novice*, 2º nível - *advanced beginner*, 3º nível - *competence*, 4º nível - *proficiente* e 5º nível - *expert*.

O primeiro nível intitulado por “principliante” é definido por juízes que possuam o conhecimento básico, podendo realizar julgamentos sem a necessidade de uma experiência prévia ao tema em foco. Tal juiz pode concluir certos julgamentos sem que tenha o conhecimento diante do objeto estudado. Todavia, há a possibilidade de tal juiz adquirir conhecimentos em outro domínio teórico que tenham dado suporte durante o julgamento clínico e final dos elementos. O segundo nível é intitulado como “iniciante avançado” e pode ser definido pela usabilidade de fatos objetivos e ideações mentais para interpretação de seu

juízo. Tal nível de conhecimento possibilita o reconhecimento instintivo dos elementos, se comparado ao primeiro nível (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

O terceiro nível é intitulado como “juiz competente”, possuindo conhecimento prévio do assunto, novas concepções mentais e melhor raciocínio crítica diante da necessidade de opinião embasada em fatos de relevância para o julgamento posterior. O juiz competente deve ser visto como responsável por suas interpretações, sendo um ponto característico a partir deste nível em si. O competente encontra-se envolvido emocionalmente e responsável pelos resultados referentes às suas escolhas. Desta forma, observa-se uma maior dedicação por esses mesmos juízes durante a etapa (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

O quarto nível é intitulado por “proficiência” e é embasado diante das experiências reais e de respostas com fundamento teórico. As experiências ocorridas pela teoria de casos clínicos e simulações não serão suficientes para o processo de julgamento. O juiz proficiente adota as experiências reais, a intuição e o próprio raciocínio crítico para a tomada de decisões. O raciocínio permite que o juiz selecione qual alternativa será a ideal para o diagnóstico. Enfatiza-se que o proficiente não possui total experiência suficiente que informe as ações correlacionadas à situação, resultando em um julgamento errôneo em certos casos (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

Por último, o quinto nível é intitulado como “expert” e é definido como profissionais com certa maturidade e capacidade necessária para a diferenciação sutil e refinada dos casos. As autoras mencionam que tais juízes apresentam a “reflexão racionalmente deliberativa”, ou seja, tendem a refletir perante os objetivos e metas que são evidentes aos mesmos e tendem a escolher as ações que são consideradas de maior propriedade para a obtenção dos objetivos (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

Por conseguinte, há a necessidade de serem aplicados para a seleção dos juízes, os conhecimentos teórico e prático, haja vista a perda de inferências significativas no processo de validade do conteúdo com a utilização de apenas um aspecto referente às experiências acadêmicas (MELO; et al., 2011; GALDEANO; ROSSI; PELEGRINO, 2008).

## 2.3 OBJETIVO

- ✓ Analisar, por meio das respostas dos juízes, a validade de conteúdo dos elementos-chave pertencentes ao diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência.

## 2.4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico quanto à validação do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma (SPT) por meio da análise de conteúdo de profissionais juízes nas áreas de interesse do estudo (POLIT; BECK, 2011). Esse delineamento metodológico consiste no desenvolvimento de estratégias tecnológicas que possam ser implementadas tanto em ambiente educacional como assistencial, tendo o objetivo principal de criar produtos ou serviços de aperfeiçoamento (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). A validade de conteúdo verifica se o instrumento explora todas as dimensões ou domínios pertinentes ao conceito em estudo. Desta forma, esta etapa de qualificação ou validação do diagnóstico visa à avaliação deste por profissionais juízes na temática (FERREIRA, 2013). Assim, este tipo de validade é definido como a ampliação no qual o conteúdo proposto pelo levantamento bibliográfico consegue capturar de forma adequada o constructo de um diagnóstico, ou seja, o diagnóstico consegue apresentar todos os itens apropriados para sua definição e elementos necessários para sua composição (POLIT; BECK, 2019).

Nesta etapa, a ideia principal foi estimar a relevância atribuída por juízes aos elementos que compõem o diagnóstico de SPT, assim como as definições operacionais e conceituais formuladas para cada indicador clínico e fatores etiológicos e a definição geral construída para o diagnóstico revisado (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Adotou-se o Teorema da Diversidade Preditiva, explicado anteriormente no tópico 2.2, definido como a associação entre o aumento da diversificação dos níveis dos especialistas escolhidos à melhoria da precisão de suas inferências, com enfoque para a sabedoria coletiva, na qual a abordagem emprega o conhecimento coletivo do grupo de especialistas para determinar a adequação dos elementos e suas definições ao diagnóstico de interesse (SPT). Tal melhoria das inferências deve-se a questão de um erro individual de um dos especialistas ser amenizado diante do julgamento coletivo a partir de níveis de conhecimento diferenciados (LOPES; SILVA, 2016). Desta forma, a análise dos juízes representará a etapa onde serão

julgados os elementos encontrados enquanto representativos ao diagnóstico de SPT e quais deverão ser excluídos e revisados.

## 2.4.2 População e Amostra/Seleção dos Juízes

Apesar de ainda haver dificuldades quanto à seleção de juízes, devem-se considerar dois pontos chave para a seleção final: conhecimento/ habilidade baseados em estudos e experiências clínicas, conforme apresentado anteriormente no tópico 2.2 (GALDEANO; ROSSI, 2006).

O perfil dos juízes foi formado pela pesquisadora juntamente ao orientador, no qual utilizou-se a classificação constituída por Benner, Tanner e Chesla (2009). Os critérios foram estabelecidos da seguinte forma: a experiência prática, com o tempo de atuação na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres que foram vítimas de violência; o tempo em um grupo de pesquisa sobre diagnósticos e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres que foram vítimas de violência; e a experiência acadêmica, definida pelo conhecimento científico dividido em três subtópicos (a titulação do especialista, a temática do trabalho da titulação em diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres que foram vítimas de violência e a produção científica nos temas de diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres que foram vítimas de violência).

Os três subtópicos foram unificados para que se tenha a pontuação de um único aspecto em si (conhecimento científico), no qual serão atribuídas notas de 0 a 3 para titulação (0 – Graduado; 1 – Especialista; 2 – Mestre; 3 – Doutor). Tal nota foi somada à presença/ausência dos trabalhos de titulação em diagnósticos de enfermagem e/ou violência contra a mulher, assim como a presença/ausência da produção científica nas temáticas de diagnósticos de enfermagem e/ou violência contra a mulher. A presença de trabalhos e a produção científica foram atribuídas ao valor de um e para a ausência em tais aspectos, o valor de zero foi considerado ao final nos critérios de seleção (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

A Tabela 14 apresenta os parâmetros adotados para futura seleção dos juízes, de acordo com as características apresentadas no parágrafo anterior e utilizadas primeiramente por Diniz (2017).

**Tabela 14. Classificação adotada para seleção dos juízes quanto ao nível de experiências de utilizada por Diniz (2017).**

Pontuação	Experiência		Experiência Acadêmica		
	Prática		Conhecimento Científico (Z)		
	Tempo de Prática* (X)	Tempo em Grupo de Pesquisa* (Y)	Titulação (Z <sub>1</sub> )	Trabalho de Titulação (Z <sub>2</sub> )	Produção Científica DE e/ou VCM (Z <sub>3</sub> )
0	-	-	Graduação	Não	Não
1	0-7	0-3	Especialização	Sim	Sim
2	8-14	4-6	Mestrado	-	-
3	15-21	7-9	Doutorado	-	-
4	22-28	10-12	-	-	-
5	29-35	13-15	-	-	-

Legenda: \* em anos; DE: diagnóstico de enfermagem; VCM: violência contra a mulher.

Nível de especialista: Somatório dos pontos obtidos em X, Y e Z dividido por 3.

**Fonte: Diniz (2017).**

Conforme descreve a Tabela 14, o nível dos juízes foi calculado por meio de uma média simples aritmética das pontuações recebidas em cada aspecto do modelo: tempo de prática (X), tempo em um grupo de pesquisa (Y) e o conhecimento científico (Z<sub>1</sub>, Z<sub>2</sub> e Z<sub>3</sub>). As notas dos três subtópicos - Titulação, Trabalho de Titulação e Produção Científica - foram somadas para que houvesse a pontuação final no item de conhecimento científico. Foram considerados em nível de juiz superior/seguinte, aqueles que obtiverem a média final com números decimais de cinco.

Enviou-se uma Carta Convite (Apêndice A) com explicação sobre a pesquisa e seu objetivo por correspondência eletrônica, com espera de 15 dias para reenvio da resposta quanto ao aceite ou rejeição à pesquisa via e-mail. Após 7 dias, os juízes foram lembrados

quanto à Carta Convite. A Plataforma *Lattes* foi adotada para fins de coleta dos dados necessários para a pontuação final e classificação dos selecionados. O compartilhamento do instrumento de coleta de dados (Anexo F) por meio da sua adaptação via Google Forms (Anexo H) foi realizado via grupos de profissionais pelo aplicativo *Whatsapp* e desenvolveu-se um formulário pelo *Google Forms*, sendo enviado em anexo pelo e-mail da Carta Convite, juntamente ao parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa e as definições conceituais e operacionais de todos os elementos via pdf.

A técnica de amostragem empregada foi a não-probabilística do tipo intencional que propõe o conhecimento obtido pela pesquisadora aos participantes da futura amostra, no qual é decidido intencionalmente a seleção de membros considerados “experts” no questionamento estudado (POLIT; BECK, 2019). No entanto, solicitou-se aos juízes que recomendassem outros profissionais com a devida experiência prática e acadêmica em diagnósticos ou que tenham cuidado e acompanhado mulheres vítimas de violência, formando uma técnica de amostragem não-probabilística do tipo bola-de-neve.

A amostra foi decidida por meio do cálculo de estimativas da média (Índice de Validade de Conteúdo) das avaliações de cada elemento do diagnóstico a ser analisado. Foram consideradas tais pontuações para cada item do cálculo: Nível de Confiança ( $Z\alpha$ ) em 95% com índice de 1,96; erro amostral ( $e$ ) de 0,05 e desvio-padrão ( $S$ ) de 0,17 para uma melhor análise da validade de conteúdo dos elementos. Desta forma, adotando o cálculo:  $n_0 = (Z\alpha * S / e)^2$ , totalizam-se 45 juízes para a etapa de validação. Com a correção de Pitman (1949), tal valor foi dividido por 0,95, obtendo uma amostra final de 47 juízes necessários à pesquisa.



### 2.4.3 Procedimento de Coleta dos Dados

Após o aceite pela Carta Convite (Apêndice A), o e-mail disponibilizava em anexo o formulário do *Google Forms* (Anexo H) e, adentrado a ele, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Pós-Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B e C).

Esta etapa foi definida pelas respostas dos especialistas às questões propostas no instrumento de coleta de dados (Anexo F) enviada em formato de *Google forms* (Anexo H), dividido em: identificação do participante e perguntas a respeito da TMA do diagnóstico de SPT, baseados no material adotado por Diniz (2017) e adaptado posteriormente para a atual pesquisa. As definições conceituais dos elementos dispostos na teoria e os elementos da NANDA-I (2021-2023) foram adicionados no instrumento de coleta de dados e suas definições conceituais e operacionais foram enviadas em anexo por e-mail em formato pdf a fim de esclarecer as dúvidas dos profissionais.

O instrumento (Anexo F) foi dividido em: 1- Identificação do juiz; 2- Definição do diagnóstico de SPT proposto pela NANDA-I (2021-2023); 3- As características definidoras da NANDA-I (2021-2023) e as características definidoras (indicadores clínicos) encontradas após a construção da TMA; 3- Os fatores relacionados da NANDA-I (2021-2023) e os fatores relacionados (fatores etiológicos) identificados após a construção da TMA; e espaço para sugestões/comentários dos juízes a cada um dos elementos e sua relevância, caso houvesse necessidade. Ressalta-se que os elementos pertencentes à NANDA I, atualmente, foram expostos como critério de comparação aos elementos identificados com a TSE, sendo avaliados quanto à sua relevância para o diagnóstico da SPT.

Os itens foram avaliados de acordo com a relevância para cada elemento do diagnóstico de SPT (indicadores clínicos e fatores etiológicos), diante da exposição das definições conceituais e operacionais de cada elemento (Apêndice D). Pasquali (1999) e Nunes (2016) afirmam que a conceitualização de relevância ocorre perante a capacidade dos indicadores clínicos quanto à coerência e coesão diante do fenômeno do diagnóstico estudado, assim como seus fatores etiológicos determinarem a habilidade em haver uma causalidade para com os indicadores clínicos.

Os elementos foram avaliados de acordo com a relevância dos elementos que devem compor o diagnóstico de SPT. Tais julgamentos foram desenvolvidos em uma escala do tipo adjetival, com variância para cinco níveis, correspondendo o valor de 1 ao menor nível, e 5 ao nível máximo do julgamento conforme a relevância, apresentados no Quadro 1 (DINIZ, 2017).

O tempo de estimo para o reenvio do material (TCLE, Termo de Pós-Consentimento e Instrumento de Coleta) foi de 30 dias, a partir da data de envio pela pesquisadora. Caso houvesse atraso, eram enviados e-mails para a devida resposta do instrumento ou a desistência da pesquisa.

O Quadro 13, definido por Diniz (2017) estabelece as definições perante o conceito de relevância para cada uma das pontuações anteriormente descritas.

**Quadro 13. Descrição das pontuações utilizadas pelos juizes ao julgamento dos itens por Diniz (2017).**

Pontuação	Descrição da Relevância
<b>1</b> <b>Nada relevante</b>	O componente não apresenta qualquer relação com o diagnóstico, sendo associado a outros fenômenos.
<b>2</b> <b>Pouco relevante</b>	O componente do diagnóstico apresenta pouca relação com o diagnóstico, estando mais associado a outros fenômenos similares.
<b>3</b> <b>Moderadamente relevante</b>	O componente do diagnóstico apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares.
<b>4</b> <b>Parcialmente relevante</b>	O componente do diagnóstico está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares.
<b>5</b> <b>Totalmente relevante</b>	O componente do diagnóstico está diretamente relacionado ao diagnóstico.

Fonte: Diniz (2017).

#### 2.4.4 Organização e Análise dos Dados

Os dados foram compilados em planilhas pelo programa *Microsoft Office Excel* versão 2007 e analisados com o apoio do *software* R versão 4.0.3 (32bit). A análise descritiva foi consistida em cálculos de frequências absolutas e relativas e intervalos de confiança de 95% para variáveis nominais. Serão realizados cálculos de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil) para as variáveis quantitativas. O teste de normalidade de Shapiro-Wilk foi aplicado, para fins de verificação da aderência dos dados coletados ao seguimento da distribuição normal padronizada.

A análise da evidência de validade de conteúdo dos elementos que compõem o diagnóstico de SPT foi desenvolvida por meio do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual afere a concordância do público-alvo à representatividade dos itens em relação ao conteúdo em estudo (POLIT; BECK, 2011). O cálculo foi baseado no Teorema da Diversidade Preditiva, onde a avaliação dos juízes foi ponderada de acordo com o seu nível de especialidade.

Estimativas de média e mediana ponderada das avaliações foram calculadas e a estimativa do IVC foi a identificação de normalidade ou não normalidade na distribuição das estimativas. Foram adotados intervalos de confiança de 95% para cada mediana ponderada, assim como a aplicação do Teste de Wilcoxon para a mediana ponderada, com o valor de referência para a hipótese nula com valor IVC acima ou igual a 0,85. Deste modo, foi considerada/aceita a hipótese nula de que os dados seguem a distribuição normal se o Teste de Wilcoxon obtesse um valor  $p$  maior que 0,05.

### 2.4.5 Aspectos Éticos

O estudo obedeceu aos princípios da Resolução de nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde todo procedimento de qualquer natureza a envolver os seres humanos deverá obedecer às diretrizes da presente resolução no qual estabelece os termos sobre pesquisa com seres humanos, ressaltando o respeito ao participante, a ponderação de riscos e benefícios, a garantia de que danos previsíveis serão evitados e à relevância social da pesquisa. Esta resolução visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) e o Termo de Pós-Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) foram enviados via *Google Forms*, posterior a confirmação de participação na pesquisa, por meio da Carta Convite (Apêndice A), que foi enviada primeiramente para fins de introdução e solicitação da participação no estudo. Ressalta-se que os juízes selecionados somente participaram após declararem estarem cientes dos objetivos finais do estudo pelo TCLE e, desta forma, terem total sigilo de suas informações pessoais e quanto à avaliação do diagnóstico, assim como poderiam desistir e ausentar-se em qualquer período da pesquisa.

Os riscos da pesquisa foram mínimos, uma vez que poderá ter resultado no constrangimento aos participantes e/ou mudança da rotina diária. Desta forma, foi assegurada a confidencialidade das informações, assim como o tempo adequado para a avaliação da estrutura diagnóstica. Como benéficos, têm-se a contribuição para maiores conhecimentos científicos na área sobre a VCM no contexto dos diagnósticos de enfermagem e o apoio ao profissional enfermeiro que poderá atuar na linha de frente da assistência e cuidados de mulheres que são e/ou foram vítimas de algum tipo de violência.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) – COMEPE, sendo aprovada com número de parecer 4.817.969 e CAAE: 47351021.2.0000.5054 (Anexo G).

## 2.5 RESULTADOS

### 2.5.1 Perfil dos juizes participantes do estudo

O perfil dos profissionais juizes das áreas de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social que participaram do estudo está descrito na tabela 15 logo abaixo. O total de juizes convidados foram 147 profissionais, contudo, somente 48 concordaram em avaliar a estrutura diagnóstica com os elementos da TSE e da NANDA-I (2021-2023), respondendo o material em tempo considerado hábil.

**Tabela 15. Caracterização dos juizes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma. Fortaleza, Ceará, 2022.**

Variável	n	%	IC 95%	
<b>1-Gênero</b>				
Feminino	37	77,0	62,3	87,4
Masculino	11	22,9	12,5	37,6
<b>2-Profissão</b>				
Enfermagem	29	60,4	45,2	73,8
Psicologia	14	29,1	17,4	44,2
Serviço Social	5	10,4	3,89	23,4
<b>3-Tempo de Formação Profissional</b>				
1 a 5 anos	17	35,4	22,5	50,6
6 a 10 anos	13	27,0	15,7	42,0
11 a 15 anos	6	12,5	5,18	25,9
16 a 20 anos	3	6,25	1,62	18,2
Mais de 20 anos	9	18,7	9,43	33,1
<b>4-Tempo de Experiência Profissional (DE ou VCM)</b>				
1 a 5 anos	19	39,5	26,1	54,7
6 a 10 anos	10	27,0	15,7	42,0
11 a 15 anos	7	14,5	6,54	28,3

16 a 20 anos	3	6,25	1,62	18,2
Mais de 20 anos	9	18,7	9,43	33,1
<b>5-Titulação</b>				
Graduação	4	8,33	2,70	20,8
Especialização	20	41,6	27,9	56,7
Mestrado	13	27,0	15,7	42,0
Doutorado	11	22,9	12,5	37,6
<b>6-Exercício profissional</b>				
Instituição Hospitalar	12	25,0	14,1	39,8
Instituição de Ensino	21	43,7	29,7	58,7
Unidade Básica de Saúde	5	10,4	3,89	23,4
Ambulatório Clínico	3	6,25	1,62	18,2
Outros	7	14,5	6,54	28,3
<b>7-Nível de proficiência</b>				
1 Principiante	23	47,9	33,5	62,6
2 Iniciante avançado	12	25,0	14,1	39,8
3 Juiz competente	10	20,8	10,9	35,4
4 Proficiente	3	1,62	1,62	18,2
<b>8-Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos sobre Terminologias de Enfermagem</b>				
Sim	14	29,1	17,4	44,2
<b>9-Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos relacionados a algum tipo de diagnóstico de enfermagem sobre Respostas Pós-Trauma</b>				
Sim	3	6,25	1,62	18,2
<b>10-Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos no contexto da SPT e/ou na VCM</b>				
Sim	18	37,5	24,3	52,6

<b>11-Participa ou já participou de grupos/projetos de pesquisa com foco em Terminologias de Enfermagem ou Respostas Pós-Trauma ou VCM</b>				
Sim	13	27,0	15,7	42,0
<b>12-Utiliza ou já utilizou diagnósticos de enfermagem na prática profissional</b>				
Sim	27	56,2	41,2	70,2
<b>13-Presta ou já prestou assistência a mulheres relacionadas a algum tipo de violência perpetrada ou com algum diagnóstico de SPT</b>				
Sim	32	66,6	51,4	79,1
<b>14-Já identificou o diagnóstico de SPT em sua prática profissional</b>				
Nunca	33	68,7	53,6	80,9
Algumas Vezes	13	27,0	15,7	42,0
Frequentemente	2	4,16	0,72	15,4
<b>15-No ensino ministra ou já ministrou disciplinas envolvendo diagnósticos de enfermagem</b>				
Sim	18	37,5	24,3	52,6
<b>16-No ensino ministra ou já ministrou disciplinas que abordem a temática da VCM</b>				
Sim	23	47,9	33,5	62,6
<b>17-Na sua prática profissional, já identificou fatores que contribuem para a manifestação da SPT</b>				

Sim	26	54,1	39,3	68,3
-----	----	------	------	------

Variável quantitativa	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
<b>18-Idade</b>	35,72	11,3	33,5	17,5	<0,001

Fonte: Elaborada pela autora.

Os dados apresentados na Tabela 15 ressaltam que, da amostra de 48 juízes, 77,0% são do gênero feminino, 60,4% são enfermeiros, 35,4% possuem de 1 a 5 anos quanto ao tempo de formação profissional; e 39,5% de 1 a 5 anos de tempo de experiência profissional. A maioria dos juízes possui titulação de Especialização (41,6%), com experiência profissional em Instituições de Ensino (43,7%), seguido das Instituições Hospitalares (25,0%). De acordo com a classificação adotada de Benner, Tanner e Chesla (2009), o nível de proficiência dos juízes apresentou, principalmente, os graus de Principiante (47,9%), seguido de Iniciante Avançado (25,0%).

Quanto aos questionamentos perante o grau de experiência e trabalhos nas áreas referentes ao estudo, 70,8% dos juízes responderam que não desenvolveram e/ou desenvolvem trabalhos sobre Terminologias de Enfermagem; seguidos de 12,5% que desenvolveram em formato de tese de doutorado. Quanto ao desenvolvimento de trabalhos relacionados a algum tipo de diagnóstico sobre Respostas Pós-Trauma, 93,7% admitiram não terem realizado, enquanto que 6,25% dos restantes responderam que desenvolveram por meio de artigos científicos. Diante o desenvolvimento de trabalhos perante o contexto da SPT e/ou VCM, a maioria relatou não desenvolver (62,5%), seguido daqueles que realizam a produção de artigos científicos sobre uma das temáticas (14,5%), dissertações de mestrado (10,4%), tese de doutorado (8,33%) e monografia (4,16%).

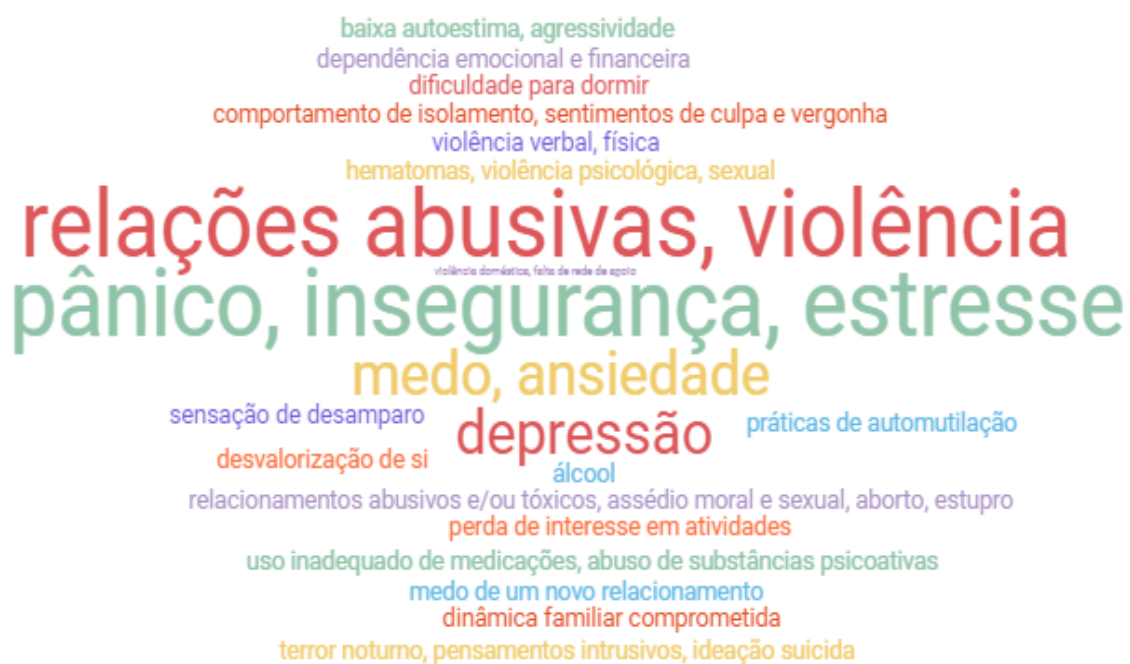
Referente à participação em grupos/projetos de pesquisa com foco em Terminologias de Enfermagem e/ou Respostas Pós-Trauma e/ou VCM, 72,9% responderam não participar de tais grupos. Conforme a utilização de diagnósticos na prática profissional, 66,6% respondeu que já utilizaram algum tipo de diagnóstico em sua prática. Ressalta-se que, por a maioria do público de juízes serem enfermeiros, tal questionamento foi mantido no estudo a fim de ser extraída a relevância do manuseio dos diagnósticos de enfermagem à prática do profissional enfermeiro em diferentes abordagens da clínica.

Quanto à prestação de assistência a mulheres que tenham estado relacionados a algum tipo de violência perpetrada a elas, os juízes, em sua grande maioria responderam que



realizaram atendimento às vítimas (66,6%). Perante a identificação do diagnóstico da SPT na prática profissional, 68,7% dos juízes relatou “nunca” ter identificado, enquanto que 27,0% responderam ter identificado “algumas vezes”. No ensino, a maioria dos juízes referiu não ministrar disciplinas que envolvessem diagnósticos de enfermagem (62,5%); enquanto que 52,0% responderam não ministrar disciplinas que tenham abordado a temática da VCM. Diante à identificação de fatores que contribuíssem para a manifestação da VCM, 54,1% dos juízes responderam que conseguiram realizar tal identificação, descrevendo logo em seguida, por meio de um questionamento subjetivo, apresentado logo abaixo em formato de nuvem de palavras (Figura 5).

**Figura 5. Nuvem de palavras perante a identificação de fatores para manifestação da SPT de acordo com as respostas dos juízes. Fortaleza, Ceará, 2022.**



**Fonte:** Elaborada pela autora.

Quanto à variável quantitativa de “Idade”, identificou-se pelo Teste de Shapiro-Wilks que os valores não aderiram à distribuição normal ( $<0,001$ ), destacando-se os valores de mediana. Desta forma, a mediana de 33 anos representa a faixa etária dos juízes.

Quanto ao estado de residência dos juízes, os seguintes estados foram identificados: Ceará (58,3%), Rio Grande do Sul (10,4%), Pernambuco (8,33%), Santa

Catarina (4,16%), Rio de Janeiro (4,16%), Piauí (2,08%), Mato Grosso (2,08%), Minas Gerais (2,08%), São Paulo (2,08%) e Distrito Federal (2,08%). A pesquisa também contou com juízes internacionais de localidades de Portugal (4,16%), expandindo a visão dos profissionais para o âmbito internacional. Observou-se um alto número de juízes presentes nos estados da Região Nordeste e Sul, com pouca concentração nos estados Centro-Oeste e Sudeste. Por fim, não houve juízes pertencentes à Região Norte.

## 2.5.2 Análise dos elementos pelos juízes para a Síndrome Pós-Trauma

A Tabela 16 apresenta os dados perante a análise realizada pelos juízes quanto à definição proposta pela NANDA-I (2021-2023), sendo esta: “uma resposta mal adaptada sustentada a um evento traumático e/ou opressivo” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

**Tabela 16. Análise de validade de conteúdo da definição apresentada pela NANDA-I (2021-2023) para o diagnóstico SPT. Fortaleza, Ceará, 2022.**

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	V	Valor p
Definição (NANDA-I)	0,607	<0,001	0,50	0,50 0,99	1653	0,068

Fonte: Elaborada pela autora.

Diante a análise da definição da NANDA-I para o diagnóstico SPT, a Tabela 16 informa que os valores estão concentrados na porção superior (0,5 a 0,9) da mediana por meio do intervalo de confiança. Desta forma, considera-se a definição da NANDA-I para o diagnóstico SPT como adequada pelos juízes. Afirmando este achado, o Teste de Wilcoxon apresentou IVC superior a 0,85, abordando a adequação da definição para o fenômeno estudado.

Ainda que tal definição tenha sido afirmada como adequada para a SPT no contexto da VCM, alguns juízes realizaram comentários e sugestões quanto à redação, sendo estas apresentadas no Quadro 14.

**Quadro 14. Comentários e sugestões realizados pelos juízes para a definição da NANDA-I (2021-2023). Fortaleza, Ceará, 2022.**

Número	Comentário/sugestão
Juiz 5	“Uma resposta a não aceitação de um evento traumático e/ou opressivo que levou a interferência na vida da pessoa.”
Juiz 11	“O uso da expressão "uma resposta" dá a entender que apenas um

	aspecto comportamental pode ser usado para definir o diagnóstico, enquanto "síndrome" sugere "conjunto", a necessidade de mais de um aspecto e qual seria a definição de "uma resposta BEM adaptada" a eventos traumáticos e/ ou opressivos?."
Juiz 13	"O termo "mal adaptada" me parece complicado por muitas vezes ser a resposta ou reação que a pessoa consegue expressar frente aquela situação grave e intensa de trauma. Talvez uma resposta intensa de medo, uma reação intensa pós-situação traumática."
Juiz 17	"Seria interessante colocar algo se refira a um conjunto de eventos ou fatores."
Juiz 18	"Se é uma síndrome terá que ser composto por vários diagnósticos de enfermagem e também a definição pouco específica."
Juiz 22	"Conjunto de sinais e sintomas relacionados a mal adaptação a um evento traumático e/ou opressivo."
Juiz 25	"A definição "evento opressivo" não é sinônima de trauma, pois diversas situações opressivas e eventos estressores podem gerar sintomas psicológicos, inclusive graves, mesmo que não caracterizem tecnicamente um trauma."
Juiz 32	"Recomendo incluir na definição: o desconforto devido à incapacidade de se recuperar após vivenciar um evento traumático e/ou opressivo."
Juiz 34	"Considero que na definição, quando se diz que se trata de uma resposta mal adaptada, não é totalmente claro a que se refere uma resposta mal adaptada, razão pela qual considero que deve ser alargado para clarificar a definição."
Juiz 37	"A definição é ampla e vaga e aponta para aspectos individualizantes apenas. As respostas não são mal adaptadas, são efeitos da violência. Há que incluir aspectos contextuais, sociais, vinculares na definição."
Juiz 42	"Eu retiraria a qualidade "mal adaptada" da definição. Se o propósito é enfatizar o aspecto psicopatológico, pode-se pensar em qualidades como "recorrente", "pouco eficiente/eficaz ou ineficiente/ineficaz"."

**Fonte:** Elaborada pela autora.

Alguns dos comentários realizados apontaram para a falta de uma definição real quanto à exposição traumática perante a violência perpetrada, considerando o termo “mal

adaptada” como incorreto na representação da “síndrome pós-traumática”. Ressalta-se que alguns dos juízes foram da área da psicologia, o que estimulou a análise crítica perante os elementos que compõe a definição, sendo principalmente: mal adaptada e uma resposta. Algumas das sugestões foram acatadas, sendo adicionadas em uma nova definição proposta pela pesquisa e apresentada na posterior Figura 6.

A Tabela 17 apresenta os dados quanto à avaliação feita pelos juízes perante os fatores etiológicos presentes na TSE e na composição atual do diagnóstico pela NANDA-I.

**Tabela 17. Análise de validade de conteúdo quanto à relevância dos Fatores Etiológicos para o diagnóstico SPT. Fortaleza, Ceará, 2022.**

Item	Teste de Shapiro-Wilks		Mediana	IVC		Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p		IC 95%	V	Valor p	
1.Agressão física	0,429	<0,001	1,00	0,99	1,00	3600	1,000
2.Agressão sexual	0,433	<0,001	1,00	0,99	1,00	3762	1,000
3.Agressão psicológica	0,467	<0,001	0,99	0,99	1,00	3663	1,000
4.Trauma infantil	0,510	<0,001	0,99	0,99	1,00	3479	1,000
5.Idade inferior aos 40 anos de idade	0,898	<0,001	0,37	0,37	0,49	129	<b>&lt;0,001</b>
6.Baixo nível de escolaridade	0,893	<0,001	0,62	0,50	0,62	546	<b>&lt;0,001</b>
7.Ausência de vínculo empregatício	0,877	<0,001	0,62	0,50	0,74	783	<b>&lt;0,001</b>
8.Baixo nível de status socioeconômico	0,879	<0,001	0,62	0,62	0,74	810	<b>&lt;0,001</b>
9.Suporte social inadequado**	0,596	<0,001	0,99	0,87	0,99	2848	0,999
10.Angústia da imagem corporal	0,832	<0,001	0,75	0,74	0,75	1505	<b>0,019</b>
11.Comportamentos de evitação	0,806	<0,001	0,75	0,62	0,87	1660	0,078
12.Severidade dos	0,629	<0,001	0,87	0,87	0,99	2806	0,999

sintomas depressivos									
13.Histórico de depressão	0,791	<0,001	0,75	0,74	0,87	1849	0,262		
familiar									
14.Força do ego	0,790	<0,001	0,75	0,62	0,87	1739	0,137		
diminuída*									
15.Ambiente não condutivo	0,807	<0,001	0,75	0,74	0,87	1820	0,224		
às necessidade*									
16.Senso de responsabilidade	0,883	<0,001	0,62	0,50	0,74	874	<0,001		
exagerado*									
17.Perceber evento como traumático	0,708	<0,001	0,87	0,87	0,88	2915	0,999		
18.Comportamento autolesivo*	0,700	<0,001	0,87	0,87	0,99	2750	0,999		
19.Papel de sobrevivente*	0,807	<0,001	0,75	0,75	0,87	1989	0,478		

\*Elementos da NANDA-I (2021-2023);

\*\*Elemento identificado na TSE e que está na composição da NANDA-I (2021-2023).

**Fonte: Elaborada pela autora.**

A análise dos fatores etiológicos (Tabela 17) apresentaram valores de IVC que não seguiram a devida distribuição normal padronizada. Sendo assim, a mediana e os intervalos de confiança tornaram-se as estimativas para a validade de conteúdo do aspecto da relevância para cada fator etiológico, assim como o teste de Wilcoxon para verificação da aceitação da hipótese nula, tendo esta IVC igual ou maior que 0,85. De forma geral, 13 fatores apresentaram relevância para a manifestação do diagnóstico SPT, enquanto que seis fatores foram considerados de não relevância, no qual não evidenciaram valores estatisticamente significantes, com mediana e intervalos de confiança do IVC inferiores a 0,85. Destacando-se tais elementos, têm-se quatro fatores predisponentes da TSE, sendo estes: Idade inferior aos 40 anos de idade, Baixo nível de escolaridade, Ausência de vínculo empregatício e Baixo nível de status socioeconômico.

O fator Idade inferior aos 40 anos de idade obteve menor mediana de IVC com 0,37 entre todos os fatores considerados não relevantes, tendo como definição proposta o relato da participante de sua faixa etária por meio de uma entrevista semiestruturada enquanto avaliação de tal fator. Alguns juízes não identificaram como um elemento que pudesse estar predisposto às mulheres com SPT, assim como afirmaram que não havia faixa etária certa para ocorrência da violência e, desta forma, da manifestação do diagnóstico SPT. Juízes da área da psicologia apresentaram não recordarem se haviam literaturas que pudessem condizer com o aspecto da idade para o aparecimento da Síndrome Pós-Trauma; e retrataram o desconhecimento da idade como um fator definidor da Síndrome em si; e para aqueles da área da enfermagem, a violência e a SPT poderiam ocorrer durante a fase fértil da mulher e no período de menopausa para além dos 55 anos de idade, sem distinção de faixa etária. Para outros juízes, a idade torna-se irrelevante quando a mulher já vivencia experiências traumáticas como os tipos de agressões (física, psicológica e sexual) e quando não existe uma rede de apoio. Desta forma, tal elemento foi retirado da TSE por não estar inserido à cadeia causal da SPT em mulheres vítimas de violência.

Os fatores predisponentes de Baixo nível de escolaridade, Ausência de vínculo empregatício e Baixo nível de status socioeconômico, apresentaram mediana de IVC de 0,62, com valores estatisticamente inferiores a 0,85. As respostas dadas pelos juízes a não aceitação de tais fatores enquanto elementos cruciais para a futura manifestação da SPT seriam similares às do fator abordado anteriormente, nos quais não foram considerados como necessários à composição do diagnóstico, assim como foram visualizados como independentes a uma mulher que sofre de Síndrome Pós-Trauma, ou seja, segundo a opinião dos juízes, a apresentação do diagnóstico independe de tais elementos, sendo estes pouco explicativos enquanto fatores da cadeia causal.

O último fator da TSE excluído, o fator incapacitante de Angústia da imagem corporal atingiu valor da mediana de IVC de 0,75, tendo como comentário principal dos juízes, a visualização enquanto um indicador clínico em si que definiria um dos aspectos da SPT em mulheres vítimas de violência, principalmente pelo fato de estarem interligadas às experiências da violência física ou sexual. Ressalta-se que tal fator encontra-se “manifestado” enquanto indicador clínico por meio do diagnóstico de enfermagem Distúrbio na Imagem Corporal (00118) identificado pela TSE em mulheres vítimas de violência. O único fator que compõe a NANDA-I (2021-2023), considerado irrelevante ao diagnóstico foi o Senso de

responsabilidade exagerado com valor de mediana do IVC de 0,62 e intervalos de confiança de 0,50 a 0,70, sendo estes valores inferiores a 0,85 estatisticamente. Para alguns dos juízes, este fator não designa uma mulher a sofrer posteriormente da SPT. Todos os outros 13 fatores foram considerados relevantes à composição do diagnóstico, sendo realizadas pequenas considerações aos mesmos pelos juízes apresentados posteriormente em Apêndice D. Ressalta-se também, que os elementos antecedentes não validados pelos juízes serão excluídos da estrutura diagnóstica.

A Tabela 18 apresenta os dados referentes à validade de conteúdo perante os indicadores clínicos identificados por meio da TSE e quanto àqueles que compõem a NANDA-I (2021-2023) e que também se encontram presentes em ambos, como descrito nas legendas logo abaixo a tabela.

**Tabela 18. Análise de validade de conteúdo quanto à relevância dos Indicadores Clínicos para o diagnóstico SPT. Fortaleza, Ceará, 2022.**

Item	Teste de Shapiro-Wilks		IVC		Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	V	Valor p
1.Desesperança****	0,620	<0,001	0,87	0,87 0,99	3441	1,000
2.Baixa Autoestima Situacional*	0,615	<0,001	0,99	0,87 0,99	3150	1,000
3.Automutilação*	0,543	<0,001	0,99	0,87 1,00	3312	1,000
4.Ansiedade****	0,541	<0,001	0,99	0,87 1,00	3657	1,000
5.Sobrecarga de Estresse*	0,581	<0,001	0,99	0,87 1,00	3333	1,000
6.Enfrentamento Ineficaz*	0,688	<0,001	0,87	0,87 0,99	2970	1,000
7.Fadiga*	0,840	<0,001	0,75	0,74 0,75	1479	<b>0,015</b>
8.Regulação de Humor Prejudicada*	0,725	<0,001	0,87	0,87 0,88	2675	0,997
9.Distúrbio na Imagem Corporal*	0,758	<0,001	0,87	0,75 0,87	2303	0,896
10.Insônia*	0,736	<0,001	0,87	0,87 0,88	2664	0,997



11.Obesidade*	0,874	<0,001	0,74	0,62	0,74	972	<b>&lt;0,001</b>
12.Medo****	0,579	<0,001	0,99	0,87	1,00	3531	1,000
13.Ideação Paranoica**	0,718	<0,001	0,87	0,75	0,87	2120	0,690
14.Hostilidade**	0,778	<0,001	0,87	0,75	0,87	2025	0,538
15.Compulsão Alimentar**	0,814	<0,001	0,75	0,74	0,87	1653	0,073
16.Comportamentos Agressivos***	0,707	<0,001	0,87	0,87	0,88	2744	0,999
17.Alienação***	0,752	<0,001	0,87	0,75	0,87	2328	0,913
18.Atenção Alterada***	0,724	<0,001	0,87	0,87	0,88	2842	0,999
19.Humor Alterado***	0,739	<0,001	0,87	0,87	0,88	2679	0,997
20.Comportamentos de Evitação***	0,733	<0,001	0,87	0,87	0,88	2773	0,999
21.Comportamento Compulsivo***	0,733	<0,001	0,87	0,75	0,87	2244	0,845
22.Negação***	0,687	<0,001	0,87	0,87	0,99	2970	1,000
23.Sintomas Depressivos***	0,529	<0,001	0,99	0,99	1,00	3535	1,000
24.Amnésia Dissociativa***	0,756	<0,001	0,87	0,75	0,87	2280	0,877
25.Enurese***	0,830	<0,001	0,74	0,62	0,75	1349	<b>0,003</b>
26.Resposta de Sobressalto Exagerado***	0,726	<0,001	0,87	0,87	0,88	2574	0,991
27.Expressa Raiva***	0,722	<0,001	0,87	0,87	0,88	2730	0,998
28.Expressa Dormência***	0,842	<0,001	0,74	0,62	0,75	1225	<b>&lt;0,001</b>
29.Expressa Vergonha***	0,724	<0,001	0,87	0,87	0,88	2475	0,976
30.Flashbacks***	0,703	<0,001	0,87	0,87	0,88	2915	0,999
31.Irritabilidade Gastrointestinal***	0,831	<0,001	0,74	0,62	0,75	1054	<b>&lt;0,001</b>
32.Cefaleia***	0,801	<0,001	0,75	0,74	0,87	1722	0,122

33.Palpitações Cardíacas***	0,780	<0,001	0,87	0,75 0,87	2222	0,820
34.Horror***	0,763	<0,001	0,87	0,75 0,87	2415	0,957
35.Hipervigilância***	0,701	<0,001	0,87	0,87 0,88	2958	1,000
36.Sonhos Intrusivos***	0,731	<0,001	0,87	0,75 0,87	2448	0,969
37.Pensamentos Intrusivos***	0,706	<0,001	0,87	0,87 0,88	2835	0,999
38.Humor Irritável***	0,748	<0,001	0,87	0,87 0,88	2618	0,995
39.Irritabilidade Neurossensorial***	0,744	<0,001	0,87	0,87 0,88	2491	0,979
40.Pesadelos***	0,721	<0,001	0,87	0,87 0,88	2856	0,998
41.Ataques de Pânico***	0,567	<0,001	0,99	0,87 1,00	3216	1,000
42.Raiva***	0,761	<0,001	0,87	0,75 0,87	2451	0,969
43.Relata que se Sente Culpada***	0,672	<0,001	0,87	0,87 0,99	2850	0,999
44.Repressão	0,717	<0,001	0,87	0,87 0,88	2650	0,996
45.Uso Abusivo de Substâncias***	0,691	<0,001	0,87	0,87 0,99	2660	0,997

---

\*Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2021-2023) identificados na TSE;

\*\*Indicadores clínicos identificados na TSE;

\*\*\*Elementos que compõe a estrutura diagnóstica da SPT atualmente na NANDA-I (2021-2023);

\*\*\*\*Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I participantes da TSE e da estrutura diagnóstica atual da SPT pela NANDA-I (2021-2023).

**Fonte: Elaborada pela autora.**

Da mesma forma como a análise dos fatores etiológicos, os indicadores clínicos da SPT foram bem avaliados quanto à sua relevância por meio dos valores de mediana e intervalos de confiança do IVC, assim como pelo Teste de Wilcoxon. Contudo, os dados não seguiram distribuição normal padronizada como apresentado nos valores p do Teste de Shapiro-Wilk (Tabela 18). Dos 45 indicadores clínicos avaliados, cinco indicadores apresentaram valores estatisticamente inferiores a 0,85. Dentre estes, dois diagnósticos de enfermagem identificados pela TSE e três características definidoras que compõe o diagnóstico da SPT atualmente pela NANDA-I (2021-2023).

O diagnóstico de Fadiga (00093) da NANDA-I (2021-2023) participante da composição da TSE, definido por “sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, pág. 419, 2021), obteve valor de mediana do IVC de 0,75, sendo identificado pelos juízes em alguns comentários como um indicador inespecífico à SPT. Outro juiz o definiu enquanto uma sensação esmagadora de exaustão e diminuição da capacidade de trabalho, não aliviada pelo descanso, acreditando ser pouco relevante ao diagnóstico por ser um sintoma mais físico do que psicológico, além de ser visualizado como um fator “confundidor” de outras situações clínicas.

O diagnóstico de Obesidade (00232) da NANDA-I (2021-2023) também participante da composição da TSE, definido como “condição em que o indivíduo acumula gordura excessiva para a idade e o sexo que excede o sobrepeso” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, pág. 301, 2021), apresentou valor de mediana do IVC de 0,74 e alguns comentários necessários perante a sua estrutura. Um dos juízes possibilitou a discussão perante o uso de um termo mais abrangente, sugerindo o uso de “Padrão alimentar disfuncional” ao invés da Obesidade em si e que a mesma poderia ser observada dentro deste indicador sugerido. Outro juiz afirmou que o diagnóstico pode ser visualizado também como um fator etiológico, além de um indicador clínico e que pode predispor a uma devida Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência. Quanto a essa afirmação realizada, a mestrandia ressalta que os estudos encontrados e descritos pelo Capítulo 1 afirmam a participação de tal diagnóstico enquanto possível indicador clínico e característica que define a SPT em mulheres vítimas de violência e não enquanto um fator predisponente.

Ainda sobre o diagnóstico de Obesidade (00232), outro juiz atentou-se quanto à definição dada pela OMS (2000) e que, na SPT, o que realmente podem ocorrer são comportamentos exagerados que podem vir a causar futuramente uma obesidade (ex.: comer exageradamente) e que a Obesidade por si só não é relevante como um indicador clínico da SPT. Ressalta-se que, quanto a essa questão, o indicador clínico de Compulsão Alimentar faz-se relevante à composição do diagnóstico, tendo sido identificado na TSE e estando com valores de mediana do IVC de 0,75 e intervalo de confiança entre 0,74 e 0,87, sendo relevante pelos seus valores estatisticamente maiores que 0,85 e valor do Teste de Wilcoxon.

Quanto às características definidoras que compõem o diagnóstico atualmente pela NANDA-I (2021-2023), os indicadores de Enurese, Expressa Dormência e Irritabilidade

Gastrointestinal apresentaram valores de mediana do IVC de 0,74 e intervalos de confiança entre 0,62 e 0,75, sendo considerados estatisticamente irrelevantes à composição do diagnóstico da SPT. A Enurese, definida enquanto “eliminação de urina durante o dia ou à noite, na cama ou roupas; episódios que ocorrerem no mínimo duas vezes por semana, por pelo menos três meses consecutivos” (APA, pág. 132, 2014) foi comentado pelos juízes como sendo principalmente comum ao público adolescente em diferentes aspectos de trauma sofrido; e que tal indicador não estava correlacionado ao público-alvo em casos já visualizados de mulheres vítimas de violência que tenham manifestado o diagnóstico da SPT.

O indicador de Expressa Dormência, definido como a incapacidade de sentir emoções, podendo ser temporário, ocorrendo em decorrência de um trauma como estratégia de proteção ao trauma psicológico e físico (TOMKINS, 1979; EKMAN; FRIESEN; ELLSWORTH, 1982, IZARD, 1994; FRIDLUND, 1994), foi avaliado enquanto relacionado a outros problemas físicos e que a nomenclatura poderia trazer uma compreensão equivocada, todavia, sua definição conceitual estava bem explicada. Outro juiz afirmou não haver correlações existentes a tal indicador para com a SPT, a não ser que esteja sendo referida a redução da responsividade aos estímulos.

O indicador de Irritabilidade Gastrointestinal, definido como um sintoma gastrintestinal crônico ou recorrente, atribuída ao intestino e associada a dores e distúrbio na defecação e/ou sintomas de desconforto e distensão abdominal (HELFNSTEIN JR; HEYMANN; FELDMAN, 2006), foi elencado de maneira similar ao indicador de Enurese, enquanto uma característica relacionada a outras situações clínicas físicas e, não estando correlacionado à questão psicológica da SPT.

Por fim, além das considerações realizadas aos indicadores até então irrelevantes para a composição da SPT, outros comentários e sugestões foram desenvolvidos ao longo da avaliação dos juízes. O diagnóstico de Automutilação da NANDA-I, pertencente à TSE recebeu como sugestão para mudança o termo “Autolesão provocada” ao invés de automutilação. O diagnóstico de Regulação do Humor Prejudicada da NANDA-I, também pertencente à TSE, teve como comentário o fato de que algumas mulheres podem ter um baixo nível de humo devido sua própria personalidade; o diagnóstico de Insônia da NANDA-I e da TSE poderia ser um sintoma mais inespecífico; e a característica definidora de Palpitações Cardíacas do diagnóstico pode ser visualizada enquanto sintoma para o diagnóstico de Ansiedade da NANDA-I.

A Figura 6 apresenta a nova proposta de estrutura diagnóstica para SPT criada a fim da melhor compreensão dos elementos incluídos após a validade de conteúdo, assim como uma reestruturação da definição a partir das sugestões dos juízes.

**Figura 6. Modelo para proposta de nova estrutura diagnóstica da Síndrome Pós-Trauma. Fortaleza, Ceará, 2022.**

Domain 9. Coping/stress tolerance
Class 1. Post-trauma responses

Domain 9 • Class 1 • Diagnosis Code 00141

## Post-trauma syndrome

Focus of the diagnosis: post-trauma syndrome  
Approved 1986 • Revised 1998, 2010, 2017 • Level of Evidence 2.1

**Definition**

Um conjunto de respostas nocivas com incapacidade de recuperação relacionadas a um evento traumático e/ou opressivo.

**Defining characteristics**

- Desesperança (00124)	- Sintomas depressivos
- Baixa Autoestima Situacional (00120)	- Amnésia dissociativa
- Automutilação (00151)	- Resposta de sobressalto exagerado
- Ansiedade (00146)	- Expressa raiva
- Sobrecarga de Estresse (00177)	- Expressa vergonha
- Enfrentamento Ineficaz (00069)	- <i>Flashbacks</i>
- Regulação de Humor Prejudicada (00241)	- Cefaleia
- Distúrbio na Imagem Corporal (00118)	- Palpitações cardíacas
- Insônia (00095)	- Horror
- Medo (00148)	- Hipervigilância
- Ideação paranóica	- Sonhos intrusivos
- Hostilidade	- Pensamentos intrusivos
- Compulsão alimentar	- Humor irritável
- Comportamentos agressivos	- Irritabilidade neurosensorial
- Alienação	- Pesadelos
- Atenção alterada	- Ataques de pânico
- Humor alterado	- Raiva
- Comportamentos de evitação	- Relata que se sente culpada
- Comportamento compulsivo	- Repressão
- Negação	- Uso abusivo de substâncias

**Related factors**

- Agressão física	- Comportamentos de evitação	- Perceber evento como traumático
- Agressão sexual	- Severidade dos sintomas depressivos	- Comportamento autolesivo
- Agressão psicológica	- Histórico de depressão familiar	- Papel de sobrevivente
- Trauma infantil	- Força do ego diminuída	
- Suporte social inadequado	- Ambiente não condutivo às necessidades	

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com a nova estrutura proposta, uma definição desenvolvida conforme as sugestões apontadas pelos juízes seria: “Um conjunto de respostas nocivas com incapacidade de recuperação relacionadas a um evento traumático e/ou opressivo”. Quanto aos fatores etiológicos, oito fatores da TSE foram validados, enquanto que cinco fatores da versão atual da NANDA-I foram considerados relevantes e poderão continuar na nova

proposta de estrutura diagnóstica. Diante os indicadores clínicos validados, 13 destes são advindos da TSE e 27 são referentes à atual versão da NANDA-I. Afirma-se a inclusão dos 40 indicadores clínicos validados para um futuro envio de proposta do diagnóstico SPT.

## 2.6 DISCUSSÃO

### 2.6.1 O perfil dos juízes avaliadores da SPT

O retorno do material da SPT referente à análise foi de 33%. Taxas de retorno similares a essa foram identificadas em outros estudos de validação de conteúdo diagnóstico (GUEDES, 2011; FERREIRA, 2017; DINIZ, 2017). Vários autores justificam o porquê de haver uma determinada dificuldade em conseguir uma quantidade satisfatória de materiais respondidos, devido à escassez de profissionais com elevado grau de conhecimento perante a temática – Diagnósticos de Enfermagem, Síndrome Pós-Trauma e Violência contra a Mulher – assim como a falta de disponibilidade de tempo perante os juízes de acordo com seus compromissos profissionais. O último fator foi utilizado por alguns dos juízes como motivos para a não participação na pesquisa. Ademais, a literatura tem identificado a falta de consenso quanto aos critérios de seleção para juízes como sendo mais um possível obstáculo relevante em estudos de análise do conteúdo de um diagnóstico (GALDEANO; ROSSI, 2006; CARVALHO; et al., 2008; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; DINIZ, 2017).

Os critérios para seleção dos juízes determinados nesta pesquisa foram inspirados pela classificação dada por Benner, Tanner e Chesla (2009), que consideram a experiência acadêmica e prática perante os assuntos envolvidos no estudo e tal classificação foi também adotada em outros estudos de validação, tendo sido uma das justificativas para utilização da mesma no estudo presente (GUEDES, 2011; MELO; et al., 2011; OLIVEIRA; 2013; FERREIRA, 2017; DINIZ, 2017; SILVA, 2019).

Dessa forma, o tempo de experiência profissional torna-se relevante na classificação do nível de conhecimentos dos juízes, diante a sua influência na tomada de decisões (CARVALHO; et al., 2008). Simmons et al. (2003) sugerem um tempo mínimo de dois anos de experiência clínica para que os juízes obtenham um bom perfil enquanto avaliador. Diante disso, número acentuado de juízes do estudo apresentaram tempo de experiência profissional entre 1 a 5 anos e entre 6 a 10 anos.

O perfil dos juízes apresentou níveis de principiante, iniciante avançado e competente, sendo estes definidos como avaliadores com conhecimento básico e que tem

usabilidade de fatos objetivos, realizam ideações mentais a fim de conseguirem desenvolver uma interpretação de seu julgamento e que possuem experiência prática considerável (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009). Ressalta-se que outros estudos de validação diagnóstica apresentaram perfis parecidos com o da pesquisa presente (FERREIRA, 2017; SOUZA, 2017; SILVA, 2019). O uso de critérios rigorosos justifica a ausência de juízes com o maior nível de conhecimento, o expert e pode-se perceber a adoção dos critérios de Fehring (1987) quanto à titulação. Para o autor mencionado, o Doutor é visualizado como tendo alto nível expertise. Todavia, afirma-se que a titulação em si não deva ser o único parâmetro para o conhecimento absoluto, havendo precisão no tempo de experiência clínica e científica em uma das temáticas estudadas. Assim, o estudo teve variações principais entre especialistas e mestres, sendo observado em outros estudos com validação diagnóstica (GUEDES, 2011; SILVA, 2019).

Quanto à utilização de diagnósticos de enfermagem na prática profissional, houve uma porcentagem elevada (56,2%), considerando que os enfermeiros compuseram a maior parte dos juízes, contudo, afirmaram ter utilizado diagnósticos para sua assistência em enfermagem, assim como 66,6% dos juízes terem afirmado ter prestado ou ainda prestar assistência a mulheres que tiveram alguma violência perpetrada. Tais informações destacam a relevância de grupos diferenciados de profissionais convidados (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), uma vez que abordam o aspecto necessário da sabedoria coletiva e do teorema da diversidade preditiva ao possibilitarem discussões e sugestões quanto aos elementos destacados pela TSE e pela NANDA-I por meio de suas experiências acadêmica e prática envolvendo diagnósticos de enfermagem e situações da VCM.

Perante o apresentado acima, tais itens expostos definem critérios pertinentes para a obtenção de um bom perfil de juízes, confirmando a fidedignidade dos resultados. Portanto, a amostra do estudo torna-se adequada para a validade de conteúdo dos elementos que estão relacionados ao fenômeno da SPT.



## 2.6.2 Análise da definição da NANDA-I para a SPT

A concordância dos juízes com a definição da NANDA-I (2021-2023) apresentada evidenciou consistência perante os termos utilizados. Todavia, os juízes identificaram certas fragilidades perante o uso do termo “uma resposta mal adaptada” e quanto ao uso de “evento opressivo”, havendo a necessidade de mudança para uma resolução semelhante à ideia da Síndrome Pós-Trauma. O Apêndice D apresenta uma definição melhorada conforme as sugestões realizadas pelos juízes. De acordo com a APA (2014), a Síndrome Pós-Trauma pode ser definida enquanto a apresentação de um conjunto de sintomas específicos, visualizados enquanto uma má adaptação, diante a experiência de um evento traumático.

Três dimensões de sintomas são desenvolvidas em decorrência da experiência traumática: 1- aquelas que ocorrem devido à “reexperiência” do evento; 2- a evitação aos estímulos que possam estar associados ao evento em si; e 3- a presença persistente de sintomas com hiperestimulação autonômica. Tais sintomas devem persistir por mais de um mês e causar um prejuízo significativo a um dos domínios principais da vida. Desta forma, os juízes avaliaram a definição da NANDA-I como sendo coerente ao fenômeno, contudo possibilitando a exclusão de termos desnecessários a real definição da Síndrome Pós-Trauma (APA, 2014).

### 2.6.3 Análise dos fatores etiológicos da SPT

A avaliação dos juízes evidenciou questionamentos perante quatro fatores predisponentes e um fator incapacitante da TSE, assim como um dos fatores pertencentes à NANDA-I (2021-2023) foi considerado não relevante à estrutura diagnóstica da SPT. Os fatores sociodemográficos, definidos enquanto predisponentes pela TSE, são aqueles que apresentam maior suscetibilidade à vítima de violência em manifestar a SPT (LOPES; SILVA, 2016), sendo estes: idade inferior aos 40 anos idade, baixo nível de escolaridade, ausência de vínculo empregatício e baixo nível de status socioeconômico.

O fator de Idade inferior aos 40 anos de idade é visto em vários estudos como fator predisponente a algumas das mulheres que foram vítimas de violência e tiveram a manifestação da SPT durante a fase adulta (CORRIGAN; et al., 2003; SEGEBLADH; et al., CORT; et al., 2012; CHANDAN; et al., 2019; GUNDUZ; ERZINCAN; POLAT, 2019; RAHME; et al., 2020). Contudo, notou-se que tal fator não pode ser modificado pelo profissional enfermeiro – o que justificaria a sua inclusão como população em risco - e que outros estudos recentes não correlacionaram a faixa etária ao fato de tais mulheres apresentaram a SPT (SPOHN; WRIGHT; PETERSON, 2017; BEIJER; et al., 2018; TUTTY; et al., 2021).

Os fatores de Baixo nível de escolaridade, Ausência de vínculo empregatício e Baixo nível de status socioeconômico também apresentaram correlação nos estudos perante a manifestação da SPT (CORRIGAN; et al., 2003; SEGEBLADH; et al., CORT; et al., 2012; CHANDAN; et al., 2019; GUNDUZ; ERZINCAN; POLAT, 2019; RAHME; et al., 2020), todavia, os juízes optaram por realizar a avaliação conforme a não correlação para com a futura presença da SPT enquanto diagnóstico utilizado pelo profissional enfermeiro, o que pode ser interpretado por alguns estudos empenhados em outros fatores como os próprios precipitantes considerados relevantes pelos juízes para a síndrome, sendo: agressão física, agressão psicológica, agressão sexual e o trauma infantil (SPOHN; WRIGHT; PETERSON, 2017; BEIJER; et al., 2018). 22

Ullman (2011) ressalta a importância de tais fatores em uma abordagem holística às mulheres vítimas de violência, por serem estes fatores contextuais e as características pessoais, como a faixa etária, que tendem a influenciar de forma indireta no surgimento de

síndromes psicopatológica, como a Síndrome Pós-Trauma. O estudo de Waldman-Levi, Bundy e Katz (2015) expôs um número maior de mulheres expostas ao fator de trauma infantil com a manifestação da SPT que possuíam nível de escolaridade alto, comprovando algumas exceções existentes perante o fator de Baixo nível de escolaridade e que deve ser levado em consideração somente enquanto uma variável dependente para estudos a fim de saber se existiu ou não a sua correlação para com a manifestação do diagnóstico. Hooks (1984) aborda os fatores de nível de escolaridade, ausência de vínculo empregatício e baixo nível de renda socioeconômica como propiciantes de uma maior exposição da VCM, assim como do aparecimento agudo de uma sintomatologia pertencente à SPT.

O fator incapacitante de Angústia da imagem corporal, excluído na avaliação dos juízes na relevância da estrutura diagnóstica, sendo aquele que interfere na recuperação ou promoção da saúde (LOPES; SILVA, 2016), obteve alguns comentários também relacionados à sua associação quanto à apresentação futura da SPT em mulheres vítimas de violência, além de alguns dos juízes terem considerado como um indicador clínico ao invés de um fator em si.

Um estudo desenvolvido com mulheres expostas à violência interpessoal a correlação da Angústia da imagem corporal enquanto um possível fator e também como um indicador clínico da SPT. Para a pesquisa presente, conforme aborda o estudo de Weaver, Griffin e Mitchell (2014), considerou-se a ideia de ser visualizado como um fator incapacitante que poderia interferir na recuperação de mulheres com o diagnóstico da SPT, além de estar inteligido à exposição de tais mulheres do estudo às agressões físicas, sendo consideradas as lesões agudas que causavam escoriações e futuras cicatrizes corporais e as agressões sexuais por meio do estupro como necessários para o início da cadeia causal, adicionando-se a Angústia da imagem corporal enquanto fator e que, posteriormente, estariam apresentando sintomas depressivos e sobrecarga de estresse, até então elencados como possíveis indicadores clínicos para a SPT pela TSE (WEAVER; GRIFFIN; MITCHELL, 2014).

Em contraponto, a Angústia da imagem corporal pode ser identificada como um indicador clínico presente na sintomatologia da SPT, assim como pode ser mensurado para fins de sistematização de intervenções de enfermagem em longo prazo (WEAVER; GRIFFIN; MITCHELL, 2014). Ressalta-se a adição do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I, Distúrbio na Imagem Corporal como semelhante ao que seria o indicador clínico referente a

tal fator, sendo este avaliado de forma coerente pelos juízes e considerado relevante à estrutura da SPT.

Quanto ao fator da NANDA-I, Senso de responsabilidade exagerado, não houve evidência científica que pudesse comprovar sua relação para com a SPT em mulheres vítimas de violência, como também não foi possível identificar estudos que o abordassem de forma contraditória a um fator relacionado à SPT. Desta forma, considera-se totalmente excludente da estrutura diagnóstica salvo as considerações realizadas pelos juízes durante a análise de conteúdo.

Quanto aos fatores considerados relevantes, alguns estudos comprovam a relação coexistente entre os tipos de agressão identificadas pela TSE (física, sexual, psicológica e trauma infantil), como iniciantes da cadeia causal do diagnóstico da SPT. É relevante afirmar as diferentes formas de apresentação desses tipos de agressão, desde a VPI até as negligências física e emocional durante a infância, o que tendem a desencadear posteriormente um quadro de sintomatologia em decorrência da experiência traumática (JEWKES; JAMA-SHAI; SIKWEIYA, 2017; GLEESON, 2021; MUÑOZ-RIVAS; et al., 2021).

Referente ao fator predisponente de Suporte social inadequado e também participante da estrutura atual da NANDA-I para a SPT, diversos estudos já mencionados anteriormente abordam sua correlação para com mulheres que sofrem algum tipo de violência e tendem a desenvolver a SPT posteriormente (JEWKES; JAMA-SHAI; SIKWEIYA, 2017; SPOHN; WRIGHT; PETERSON, 2017; BEIJER; et al., 2018; GLEESON, 2021; MUÑOZ-RIVAS; et al., 2021).

O fator incapacitante de Comportamentos de evitação, considerado também enquanto um indicador clínico está correlacionado à SPT e pode estar atrelado a situações referentes à perpetração da VPI do tipo de agressões sexual e psicológica, possibilitando a determinação futura de indicadores como: sintomas depressivos, desesperança, automutilação, baixa autoestima, estresse psicológico e hostilidade (HELLMUTH; et al., 2014).

Quanto aos fatores reforçadores de Histórico de depressão familiar e Severidade dos sintomas depressivos, tais fatores são visualizados enquanto ampliadores do diagnóstico já existente. Sendo assim, estes foram observados em estudos que os identificaram como possíveis fatores apresentados por mulheres expostas a algum tipo de violência e que

desenvolveram uma sintomatologia com possíveis agravos em decorrência destes fatores (DENNIS; et al., 2009; LUDERMIR, VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014).

Perante os fatores da NANDA-I validados com êxito pelos juízes, os fatores que são identificados em pesquisas perante sua correlação com a manifestação da SPT são: Ambiente não condutivo às necessidades e comportamento autolesivo (BEKSINSKA; et al., 2021; SABRI, 2021). Os demais necessitam de um maior aprofundamento a fim de determinar as relações de causa e efeito existentes para com a SPT.

#### 2.6.4 Análise dos indicadores clínicos da SPT

A TSE possibilitou a adição de novos indicadores elencados a SPT, assim como melhorou a definição da NANDA-I quanto ao termo síndrome na composição dos seus diagnósticos. Outros diagnósticos de enfermagem da NANDA-I foram validados com êxito pelos juízes, como também três indicadores clínicos afora, até antes não elencados à composição atual do diagnóstico e necessário segundo a literatura. Quanto às características definidoras existentes na composição atual da SPT, apenas três foram visualizadas como não relevantes ao diagnóstico, estando todos os outros validados com determinado êxito.

Dentre os indicadores excluídos referentes à TSE, a Fadiga (00093) e Obesidade (00232) foram visualizadas como não correlacionadas na manifestação em si do diagnóstico. Todavia, um estudo prospectivo apresentou correlação do sintoma perante mulheres jovens que haviam sofrido agressão sexual e diagnosticadas com a TEPT. A Escala do Impacto de Fadiga (FLACHENECKER, 2002; PAVAN, 2007) foi aplicada em tais mulheres e a fadiga, assim como os sintomas depressivos, ansiedade e insônia – estes últimos considerados relevantes pelos juízes durante a avaliação - tiveram scores altos no grupo de mulheres expostas ao evento traumático da agressão sexual em comparação àquelas que não sofreram nenhum tipo de agressão. (YEH; et al., 2021). Ressalta-se que indicadores parecidos com sintomas depressivos, ansiedade, insônia foram identificados em outros estudos que os associaram à apresentação da SPT (SPOHN; WRIGHT; PETERSON, 2017; BEIJER; et al., 2018; TUTTY; et al., 2021).

Todavia, outros estudos desenvolvidos com mulheres diagnosticadas com a TEPT e vítimas de algum tipo de agressão não identificaram a correlação do sintoma de fadiga, sendo descartado enquanto necessário para a definição do diagnóstico da SPT (MINNEN; HENDRIKS; OLFF, 2010; SOUZA; et al., 2013; JONKER; et al., 2019).

Quanto à obesidade, alguns estudos comprovam elevado grau da comorbidade em mulheres que reportaram casos de histórico de VCM por meio do trauma infantil em si. O estresse traumático infantil foi identificado enquanto um fator de risco para a obesidade na fase adulta. Tal efeito foi considerado significativo após a análise das variáveis demográficas e socioeconômicas e aquelas referentes aos comportamentos de saúde (ALVAREZ; et al., 2007; FUEMMELER; et al., 2009). A correlação da obesidade para com a SPT pode ser visualizada

em outros estudos desenvolvidos que observaram altos índices de obesidade em pacientes com a SPT (DAVID; et al., 2004; DOBIE; et al., 2004; TRIEF; et al., 2006; PERKONIGG; et al., 2009).

Contudo, estudos recentes realizados com o público-alvo do estudo não abordaram a obesidade como uma possível característica definidora da SPT, tornando-a menos impactante nos dias atuais às mulheres vítimas de violência (BOECKEL; GRASSI-OLIVEIRA; MARTÍNEZ, 2014; KHADRA; et al., 2015; JONKER; et al., 2019; YEH; et al., 2021), o que determina a forma específica dada ao sintoma, podendo torná-la mais abrangente enquanto um “padrão alimentar disfuncional” ou por meio do indicador de compulsão alimentar, citados pelos juízes.

Ressalta-se que os indicadores clínicos relacionados às mulheres dos estudos anteriores são: sintomas depressivos, ansiedade, desesperança, medo, baixa autoestima, hostilidade, compulsão alimentar, comportamentos agressivos e compulsivos, *flashbacks* e humor alterado. Tais indicadores participantes da TSE e da atual composição do diagnóstico foram interpretados com determinada correlação perante os grupos de mulheres expostas aos tipos de violência física, psicológica, sexual e trauma na infância (CHENG, 2012; BOECKEL; GRASSI-OLIVEIRA; MARTÍNEZ, 2014; KHADRA; et al., 2015; JONKER; et al., 2019; YEH; et al., 2021).

Quanto aos indicadores clínicos excluídos pertencentes à atual composição da NANDA-I: enurese, expressa dormência e irritabilidade gastrointestinal, não foram encontradas estudos que pudessem evidenciar sua correlação para com a SPT em mulheres vítimas de violência. Tais estudos abordam sintomas relacionados à hiperestimulação autonômica como a resposta de sobressalto exagerado, palpitações cardíacas, cefaleia, hipervigilância, ataques de pânico e raiva, identificados como características definidoras da SPT atualmente e considerados relevantes pelos juízes (CHENG, 2012; BOECKEL; GRASSI-OLIVEIRA; MARTÍNEZ, 2014; KHADRA; et al., 2015; JONKER; et al., 2019; YEH; et al., 2021).

## 2.7 CONCLUSÃO

A validade de conteúdo do diagnóstico SPT por meio da construção de duas revisões sistemáticas da literatura e da teoria feminista que possibilitaram uma Teoria de Situação Específica expandiram a identificação de elementos que poderiam estar adentrados também à composição do diagnóstico pela NANDA-I. Desta forma, os novos fatores etiológicos e indicadores clínicos possibilitaram uma nova inserção de elementos na estrutura diagnóstica da SPT, principalmente em casos perante uma violência perpetrada, além da adição de outros diagnósticos de enfermagem à síndrome, tornando sua definição melhor amparada quanto à apresentação de diagnósticos de enfermagem enquanto características definidoras.

Quanto à avaliação feita para os elementos já presentes na NANDA-I (2021-2023), nota-se uma relevância da maioria dos indicadores e fatores, tendo sido excluídos somente um fator (Senso de responsabilidade exagerado) e três características definidoras (Enurese, Expressa Dormência e Irritabilidade Gastrointestinal). Os demais elementos foram bem apreciados pelos juízes, assim como os comentários/sugestões desenvolvidos ao longo das avaliações serão levados em consideração para uma possível reformulação futura.

Em relação à classificação do nível de expertise de cada juiz, notou-se uma definição limitada nas questões de experiência acadêmica e prática, apesar de não haver um consenso na literatura diante os critérios que são recomendados. Sendo assim, procurou-se apresentar os critérios trazidos pela literatura de forma adaptada à realidade presente no estudo em si. Como limitação, têm-se o número pequeno de juízes que atingiram níveis de juiz competente e proficiente, onde uma maioria de juízes principiantes e iniciantes avançados, o que torna as avaliações menos criteriosas, todavia, tornando tal público diverso, com diferentes graus de habilidades teóricas e práticas, no qual se afirma o conceito da sabedoria coletiva e do teorema da diversidade preditiva. A falta de um número adequado de profissionais das áreas de Psicologia e Serviço Social também foi identificada como uma limitação do estudo.

A respeito da análise de conteúdo dos fatores etiológicos da TSE, dos 13 elementos identificados, oito foram bem avaliados pelos juízes – Agressão física, Agressão sexual, Agressão psicológica, Trauma infantil, Suporte social inadequado, Comportamentos



de evitação, Severidade dos sintomas depressivos e Histórico de depressão familiar – apresentando relevância à estrutura diagnóstica da SPT. Mesmo após a avaliação, foram realizadas algumas modificações perante os comentários desenvolvidos pelos juízes ao longo da análise. Em relação aos indicadores clínicos da TSE, apenas dois não foram validados pelos juízes – Fadiga e Obesidade – e os outros treze apresentaram bons resultados de validade – Desesperança, Baixa Autoestima Situacional, Automutilação, Ansiedade, Sobrecarga de Estresse, Enfrentamento Ineficaz, Regulação de Humor Prejudicada, Distúrbio na Imagem Corporal, Insônia, Medo, Ideação Paranoica, Hostilidade e Compulsão Alimentar. As sugestões levantadas foram consideradas e tais elementos serão considerados como primordiais elementos clínicos para o fenômeno da Síndrome Pós-Trauma.

Por conseguinte, os resultados encontrados neste presente estudo evidenciam a necessidade da adição de novos elementos ao diagnóstico SPT e a exclusão de características e fatores não necessários no processo da cadeia causal e manifestação da SPT, no qual se aborda a importância das duas etapas desenvolvidas a fim de haver uma validação diagnóstica precisa e clara. Por fim, é sugerido que seja produzida futuramente a terceira etapa da validação diagnóstica, a validade clínica, de acordo com os critérios da literatura para fins de testes dos resultados identificados na segunda etapa na população de mulheres vítimas de violência.

## REFERÊNCIAS

- ADEODATO, Vanessa Gurgel et al . Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 1, p. 108-113, Jan. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100014&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100014>.
- AKSAN, H.A.D., AKSU, F. The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. **BMC Public Health**, v. 7, n. 35, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-7-350>.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3061-3068, July 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006). Acesso em: 28 Fev. 2021.
- ALLEN, D. Nursing research and social control: Alternative models of Science that emphasize understanding and emancipation. **Image: J Nurs Scholarship**, v. 12, p. 58-64, 1985.
- ALLEN, A.J.; LEONARD, H.; SWEDO, S.E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 34, p. 976-86, 1995.
- ALLIGOOD, M.R. Nursing Theory: utilization & application. **St. Louis: Missouri**; 2013.
- ALONSO, F.; MONTES, M.; MENENDEZ, V.; GRAÇA, P. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa – Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). **Acta Med Port**, v. 20, pág.: 525-533, 2007.
- ALTABE, M.; THOMPSON, J. Body image: A cognitive self-schema construct? **Cognitive Therapy and Research**, v. 20, n. 2, p. 171-193, 1996.
- ALVAREZ, J.; PAVAO, J.; BAUMRIND, N.; KIMERLING, R. The relationship between child abuse and adult obesity among California women. **American Journal of Preventative Medicine**, v. 33, p. 28-33, 2007.
- ALVES, Maria Teresa Gonzaga; SOARES, José Francisco. Medidas de nível socioeconômico em pesquisas sociais: uma aplicação aos dados de uma pesquisa educacional. **Opin. Publica**, Campinas , v. 15, n. 1, p. 1-30, June 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-62762009000100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762009000100001&lng=en&nrm=iso)>. access on 31 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-62762009000100001>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR. **Porto Alegre: Artmed**, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5 (5a ed.). **Porto Alegre: Artmed**, 2014.

AMIRKHAN, J.H. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. **Journal of personality and social psychology**, v. 59, p. 1066, 1990.

ARAUJO, M.L.G. et al. Caderno diálogos sobre experiências no enfrentamento a violência. **Escola de Saúde Pública**, Fortaleza, Ceará 2017.

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. **JBI** Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>, 2020.

ASMUNDSON, G.J.G.; BOVELL, C.V.; CARLETON, R.N.; MCWILLIAMS, L.A. The fear of pain questionnaire – Short Form (FPQ-SF): Factorial validity and psychometric proprieties. **Pain**, v. 134, p. 31-58, 2008.

ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”**, 1994.

ATTIA, E.; BECKER, A.E.; BRYANT-WAUGH, R.; HOEK, H.W.; et al. Feeding and eating disorders in DSM-5. **American Journal of Psychiatry**, v. 170, n. 11, p. 1237-1239, 2013. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13030326.

BADOUR, C.L.; BLONIGEN, D.M.; BODEN, M.T.; FELDNER, M.T.; et al. A longitudinal test of the bidirectional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. **Behaviour research and therapy**, v. 50, p. 610–616, 2012. [PubMed: 22835842]

BAL, A.; JENSEN, B. Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 16, n. 7, p. 449-457, 2007.

BARRETO, C.J.; PINTO-GOUVEIA, E. Paranóia as a Continuum in the Population. **Asian J. Humanit. Soc**, v. 2, n. 3, p. 382-391, 2014.

BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo: fatos e mitos. **São Paulo: Difusão Europeia do Livro**, 1970.

BECK, A.T.; WEISSMAN, A.; LESTER, D.; TREXLER, L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. **J Consult Clin Psychol**, v. 42, p. 861–5, 1974.

BEIJER, V.; BIRATH, C.S.; DeMARTINIS, V.; KLINTEBERG, B. Facets of male violence against women with substance abuse problems: women with a residence and homeless women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 33, n. 9, p. 1391-1411, 2018.

BEKSINSKA, A.; JAMA, Z.; KABUTI, R.; KUNGU, M.; et al. Prevalence and correlates of common mental health problems and recent suicidal thoughts and behaviours among female sex workers in Nairobi, Kenya. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 503, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03515-5>. Acesso em: 05 jan 2022.

BERNARDINO, Ítalo de Macedo et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n.

4, p. 740-752, Dec. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2016000400740&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2016000400740&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040005>.

BERNSTEIN, D.P.; FINK, L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective selfreport: Manual. **San Antonio, TX: Psychological Corporation**, 1994.

BEZERRA, Maria Luiza Rêgo et al. Diagnósticos de enfermagem do domínio promoção da saúde em mulheres climatéricas com osteoporose. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 969-976, fev. 2016. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11047>. Acesso em: 29 abr. 2021. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i3a11047p969-976-2016>.

BLOC, Lucas Guimarães et al . Transtorno de compulsão alimentar: revisão sistemática da literatura. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 11, n. 1, p. 3-17, abr. 2019 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2019000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100001&lng=pt&nrm=iso). acessos em 22 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i1.617>.

BOECKEL, M.G.; BLASCOROS, C.; GRASSI-OLIVEIRA, R.; MARTÍNEZ, M. Child abuse in the context of intimate partner violence against women: the impact of women's depressive and posttraumatic stress symptoms on maternal behavior. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 29, n. 7, p. 1201-1227, 2014.

BONOMI, A.E.; THOMPSON, R.S.; ANDERSON, M.; REID, R.J.; et al. Effects of intimate partner violence on women's physical, mental and social functioning. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 30, p. 458-466, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>

BORGES, Maria Beatriz Ferrari et al . Validation of the portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns: revised (QEWPR) for the screening of binge eating disorder. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 319-322, Dec. 2005 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400012&lng=en&nrm=iso). access on 22 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000400012>.

BOWLING, A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. **Family Practice**, v. 88, p. 68-83, 1991.

BRANDAO, Marcos Antônio Gomes et al . Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 2, p. 577-581, Apr. 2019 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000200577&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200577&lng=en&nrm=iso). access on 27 Apr. 2021. Epub Apr 18, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>.

BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. **Diário Oficial da União**, 8 agosto 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Temática prevenção de violência e cultura da paz**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Política para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Política para as Mulheres** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 46 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012, de 13 de junho de 2013 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - **Código Penal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **RASEAM: Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília: SPM/PR, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos – **Relatório perante as denúncias pelo Disque 100 e Disque 180 perante a violência contra a mulher no ano de 2020**, Brasília, 2021.

BUCHMANN, C. Measuring Family Background in International Studies of Education: Conceptual Issues and Methodological Challenges. In: PORTER, A. e GAMORAN, A. (Ed.). *Methodological Advances in Cross-National Surveys of Educational Achievement*. Washington, DC: National Academy Press, p.150-197, 2002.

BUNTING, S.; CAMPBELL, J.J. Feminism and nursing: Historical perspectives. *ANS*, v. 12, p. 11-24, 1990.

BURNETTE, C.E.; CANNON, C. “It will always continue unless we can change something”: consequences of intimate partner violence for indigenous women, children, and

families. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 5, n. 1, 2014. DOI: 10.3402/ejpt.v5.24585.

CARPINTEIRA, S.F.; SANCHEZ, M.C.; PEREIRA, M.J.; CASTRO, M.R. The theoretical models in nursing services in vision of nurses of assistance: an exploratory study. **ACC CIETNA** [Internet], v. 2, n. 2, p. 5-19, 2014 [citado em 2021 Apr 27]. Disponível em: [http://www.usat.edu.pe/files/revista/acc-cietna/2014-I/ponencia\\_7.pdf](http://www.usat.edu.pe/files/revista/acc-cietna/2014-I/ponencia_7.pdf)

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M.; JESUS, C.A.C.; CANINI, R.M.S.; et al. Análise da produção brasileira sobre validação de diagnóstico de enfermagem. **Anais do VIII Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem - Associação Brasileira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-5, 2006.

CARVALHO, Emilia Campos de; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro da; HERDMAN, T. Heather. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 134-141, Sept. 2013. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672013000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000700017&lng=en&nrm=iso). Access on 02 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>.

CARVALHO, E. C. de; MELLO, A. de S.; NAPOLEÃO, A. A.; BACHION, M. M.; DALRI, M. C. B.; CANINI, S. R. M. da S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 10, n. 1, 2009. DOI: 10.5216/ree.v10i1.8016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8016>. Acesso em: 14 jan. 2022.

CASTRO, N.B. **Acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem baixa autoestima crônica e baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido**. 108 f. 2017. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

CERQUEIRA, D. et al. Atlas da violência 2018. **Ipea, FBSP, São Paulo**, 2018.

CERQUEIRA, D. et al. Atlas da violência 2021. **Ipea, FBSP, São Paulo**, 2021.

CHANDAN, J.S.; THOMAS, T.; RAZA, K.; BRADBURY-JONES, C.; et al. Intimate Partner Violence and the Risk of Developing Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 36, n. 21, 12279-12298, 2019. DOI: 10.1177/0886260519888515.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 10, n. 2, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v10i2.8063>

CHEN, W.Q.; WONG, T.W.; YU, T.S. Influence of occupational stress on mental health among chinese off-shore oil workers. **Scand J Public Health**, v. 37, n. 7, p. 766-773, 2009.

CHENG, T.C. Intimate partner violence and welfare participation: a longitudinal causal analysis. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 28, n. 4, p 808-830, 2013.

CHINN, P.L.; WHEELER, C.E. Feminism and nursing. **Nurs Outlook**, v.33, p. 74-77, 1985.

CHINN, P.L. Why middle-range theory?. **ANS**, v. 19, n. 3, 1997.

CHOI, A.W.M.; LO, B.C.Y.; LO, R.T.F.; TO, P.Y.L. et al. Intimate Partner Violence Victimization, Social Support, and Resilience: Effects on the Anxiety Levels of Young Mothers. **Journal of Interpersonal Violence**, p. 1–25, 2019. DOI: 10.1177/0886260519888532 journals.sagepub.com/home/jiv

CHOWDHURY, E.H. Rethinking patriarchy, culture and masculinity: Transnational narratives of gender violence and human rights advocacy. **Journal of International Women's Studies**, v. 16, n. 2, p. 98–114, 2015.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

COOPER, M. L. Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. **Psychological Assessment**, v. 6, p. 117–128, 1994. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//1040-3590.6.2.117>

COOPER, M.L.; FRONE, M.R.; RUSSELL, M.; MUDAR, P. Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 69, p. 990–1005, 1995. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.69.5.990>.

CORBIN, W.R.; BERNAT, J.A.; CALHOUM, K.S.; MCNAIR, L.D.; et al. The role of alcohol expectancies and alcohol consumption among sexually victimized and nonvictimized college women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 16, p. 297–311, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/088626001016004002>.

CORRIGAN, J.D.; WOLFE, M.; MYSIW, W.J.; JACKSON, R.D. et al. Early Identification of Mild Traumatic Brain Injury in Female Victims of Domestic Violence. **Am J Obstet Gynecol**, v. 188, n. 5, p. 1-6, 2003.

CORRÊA, C.S. **Raciocínio Clínico: o desafio do cuidar**. 2003. 175f. Tese (doutorado). Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CORT, N.A.; GAMBLE, S.A.; SMITH, P.N.; CHAUDRON, L.H. et al. Predictors of Treatment Outcomes among Depressed Women with Childhood Sexual Abuse Histories. **Depress Anxiety**, v. 29, n. 6, p. 479–486, 2012.

COSTA, Zilma Maria Severino et al . Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa dos domínios Distúrbios do Sono e Distúrbios da Vigília do Patient-Reported-Outcomes Measurement Information System (PROMIS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 7, p. 1391-1401, July 2014 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000701391&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701391&lng=en&nrm=iso). access on 23 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108013>.

COUTINHO, Joana et al . Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 37, n. 4, p. 145-151, 2010 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000400001&lng=en&nrm=iso). access on 24 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>.

CURIA, B.G.; GONÇALVES, V.D.; ZAMORA, J.C.; RUOSO, A.L.; et al. Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra Mulher por Parceiro Íntimo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, e189184, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003189184>.

DAVID, D.; WOODWAR, C.; ESQUENAZI, J.; MELLMAN, T.A. Comparison of comorbid physical illnesses among veterans with PTSD and veterans with alcohol dependence. **Psychiatric Services**, v. 55, p. 82-85, 2004. [PubMed: 14699207]

DEEKS, J.J. Systematic reviews in health care: Systematic reviews of evaluations of diagnostic and screening tests. **Bmj**, v. 323, n. 7305, p. 157-62, 2001.

DENNIS, M.F.; FLOOD, A.M.; REYNOLDS, V.; ARAÚJO, G. et al. Evaluation of lifetime trauma exposure and physical health in women with posttraumatic stress disorder or major depressive disorder. **Violence Against Women**, v. 15, n. 5, p. 618-627, 2009.

DEROGATIS, L.R.; LAZARUS, L. SCL-90-R, brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. **Hillsdale: Lawrence Erlbaum**, 1994.

DEVRIES; K.M.; MAK; J.Y.; BACCHUS; L.J.; CHILD; J.C.; et al. Intimate partner violence and incidente depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal. **PLoS Medicine**, v.5, n. 10, 2013.

DINIZ, C.M. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem padrão ineficaz de alimentação do lactente**. 174 f. 2017. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

DIXON, L.J.; LEEN-FELDNER, E.W.; HAM, L.S.; FELDNER, M.T.; et al. Alcohol use motives among traumatic event-exposed, treatment-seeking adolescents: Associations with posttraumatic stress. **Addictive Behaviors**, v. 34, p. 1065–1068, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.06.008>.

DOBIE, D.J.; KIVLAHAN, D.R.; MAYNAR, C.; BUSH, K.R.; et al. Posttraumatic stress disorder in female veterans: Association with self-reported health problems and functional impairment. **Archives of Internal Medicine**, v. 164, p. 394-400, 2004. [PubMed: 14980990]

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.; HANADA, H.; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc Saúde Colet**, v. 14, n. 4, p. 1037-50, 2009.

DOURADO, S.B.; BEZERRA, C.F.; ANJOS, C.C. Knowledge and applicability of Nursing theories by undergraduate students. **Rev Enferm UFSM** [Internet], v. 4, n. 2, p. 284-91, 2014. [citado em 2021 Apr 26]. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/viewFile/9931/pdf>

ELLSBERG; M.; JANSEN; H.A.; HEISE; L.; WATTS; C.H.; et al. **Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study**, v. 9619, n. 371, p. 1165-1172, 2008.

ENGELS, Friedrich. A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado. 3 ed. Tradução de Leandro Konder. **São Paulo: Expressão Popular**, 2010, p.07-223.



- FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, eds. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. **New York: Guilford Press**, p. 317-60, 1993.
- FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z.; O'CONNOR, M. *Eating Disorder Examination Edition 17.0d*; April, 2014.
- FATTAH, K.N.; CAMELLIA, S. Gender norms and beliefs, and men's violence against women in rural Bangladesh. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 35, n. 3, p. 771-793, 2020.
- FAUERBACH, J.A.; HEINBERG, L.J.; LAWRENCE, J.W.; MUNSTER, A.M.; et al. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. **Psychosomatic Medicine**, v. 62, n. 4, p. 576-582, 2000. [PubMed: 10949104]
- FAWCETT, J. Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. **Rev. Aquichan**, v. 5, n. 1, p.32-43. 2005.
- FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, v.16, n.16, p. 625-629, 1987.
- FERREIRA, Diego Tavares. **Modelagem e desenvolvimento de aplicativo educacional hiperfórmula para dispositivos móveis: o caso e-bio**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Sistemas de Informação) – Universidade Federal de Lavras, Minas Gerais, 2013.
- FERREIRA, G. L. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes com insuficiência cardíaca**. 2017. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.
- FERREIRA, Lucilene et al . Tradução e adaptação cultural da Escala de Perfeccionismo para Aparência Física (PAPS) para a língua portuguesa no Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre , v. 40, n. 3, p. 266-272, Sept. 2018 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32892018000300266&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892018000300266&lng=en&nrm=iso). access on 24 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.002>.
- FHACHENECKER, P.; KUMPFEL, T.; KALLMANN, B.; GOTTSCHALK, M.; et al. (2002). Fatigue in multiple sclerosis: A comparison of different rating scales and correlation to clinical parameters. **Multiple Sclerosis**, v. 8, p. 523-526, 2002. DOI:10.1191/1352458502ms839oa
- FINE, M. *Disruptive voices: The possibility of feminist research*. **Ann Arbor, MI: University of Michigan Press**, 1992.
- FOLKMAN, S.; LAZURUS, R.S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 1, p. 150-70, 1985.

FOLKMAN, S. ; LAZARUS, R. S. ; DUNKEL-SCHETTER, C. ; DELONGIS, A. ; GRUEN, R. J. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, n. 5, p. 992-1003, 1986.

FORD, M.T.; MATTHEWS, R.A.; WOOLDRIDGE, J.D.; MISHRA, V.; et al. How do occupational stressor-strain effects vary with time? A review and meta-analysis of the relevance of time lags in longitudinal studies. **Work Stress**, v. 28, n. 1, p. 9-30, 2014.

FOSSOS, N.; KAYSEN, D.; NEIGHBORS, C.; LINDGREN, K.P.; et al. Coping motives as a mediator of the relationship between sexual coercion and problem drinking in college students. **Addictive Behaviors**, v. 36, p. 1001–1007, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.06.001>.

FREEMAN, D.; GARETY, P.; KUIPERS, E.; FOWLER, D.; et al. A cognitive model of persecutory delusions. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 41, n. 4, p. 331-347, 2002.

FREIRE, Manoela Ávila et al . Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 4, p. 281-289, Dec. 2014 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852014000400281&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400281&lng=en&nrm=iso). Access on 11 Apr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000036>.

FREITAS, Silvia; GORENSTEIN, Clarice; APPOLINARIO, Jose C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 34-38, Dec. 2002 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700008&lng=en&nrm=iso). access on 22 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700008>.

FREITAS-MAGALHÃES; BATISTA, J. Escala de percepção do medo: primeiro estudo de construção e validação na população portuguesa. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa*. ISSN 1646-0480, pág. 428-438, 2009.

FRIES, J.F.; BRUCE, B.; CELLA, D. The promise of PROMIS: using item response theory to improve assessment of patient-reported outcomes. **Clin Exp Rheumatol**, v. 23, n. 5, p. 53-57, 2005.

FUEMMELER, B.F.; DEDERT, E.A.; McCLERNON, F.J.; BECKHAM, J.C. Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a population-based survey of young adults in the U.S. **Journal of Traumatic Stress**, v. 22, p. 329-333. [PubMed: 19588510]

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.5, n.1, p.60-6, 2006.

GALLUCCI NETO, J.; CAMPOS JÚNIOR, M.S.; HUBNER, C.K. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. **Rev Fac Ciênc Méd**, v. 3, n. 1, p. 10-14, 2001.

GALVÃO, A.L.; CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Psicobiologia do apetite: A regulação episódica do comportamento alimentar. In M. A. Nunes et al., *Transtornos alimentares e obesidade* (2a ed., pp. 31-50). **Porto Alegre: Artmed**, 2006.

GARCIA, T.R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.11, n.3, p. 24-31, 1998.

GILMARTIN, J. Body image concerns amongst massive weight loss patients. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 9, p. 1299-1309, 2013.

GLEESON, J. Troubling/trouble in the academy: posttraumatic stress disorder and sexual abuse research. **Higher Education**, v.1, n.1, p. 1-15, 2021.

GOLDER, S.; ENGSTROM, M.; HALL, M.T.; HIGGINS, G. et al. Psychological Distress among Victimized Women on Probation and Parole: A Latent Class Analysis. **Am J Orthopsychiatry**, v. 85, n. 4, p. 382-391, 2015. DOI: doi:10.1037/ort0000057.

GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique et al . Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 34, n. 4, p. 389-394, Dec. 2012. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462012000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462012000400005&lng=en&nrm=iso). Access on 05 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>.

GORTNER, S.R. Nursing's syntax revisited: A critique of philosophies said to influence nursing theory. **Int. J. Nurs. Stud**, v. 30, p. 477-488, 1993.

GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo; STEIN, Lilian Milnitsky; PEZZI, Júlio Carlos. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 2, p. 249-255, Apr. 2006 .Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200010&lng=en&nrm=iso). Access on 30 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>.

GRATZ, K.L.; ROEMER, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. **J Psychopathol Behav Assess**, v. 26, p. 41-54, 2004.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; COELHO, E.A.C.; SILVA, C.C.; et al. A violência conjugal sob o olhar de gênero: dominação e possibilidade de desconstrução do modelo idealizado hegemonicamente de casamento. **Online Braz J Nurs**, v. 6, n. 3, p. 5-10, 2007.

GUEDES, N.G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialistas**. 2011. 251 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 256-266, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>

GUNDUZ, N.; ERZINCAN, E.; POLAT, A. The relationship of Intimate Partner Violence with Psychiatric Disorders and Severity of Pain Among Female Patients with Fibromyalgia. **Arch Rheumatol**, v. 34, n. 3, p. 245-252, 2019.

GURKAN, C.; OZLEM, C.; et al. The Effect of a Peer Education Program on Combating Violence Against Women: A Randomized Controlled Study, **Nurse Education Today**, 2017. DOI:10.1016/j.nedt.2017.07.00

- HALL, J.M.; STEVENS, P.E.; MELEIS, A.I. Marginalization: A guiding concept or valuing diversity in nursing knowledge development. *ANS*, v. 16, n. 4, p. 23-41, 1994.
- HAMILTON, M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psych*, v. 32, p. 50-5, 1959.
- HAMILTON, M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiat*, v. 23, n. 56, p. 56-62, 1960.
- HEGARTY, K.; GUNN, J.; CHONDROS, P.; TAFT, A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, 2008.
- HEIM, C.; NEMEROFF, C.B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*, v. 49, p.1023–1039, 2001. [PubMed: 11430844]
- HEIM, C.; SHUGART, M.; CRAIGHEAD, W.E.; NEMEROFF, C.B. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol*, v. 52, p. 671-690, 2010. [PubMed: 20882586]
- HELLMUTH, J.C.; JAQUIER, V.; OVERSTREET, N.; SWAN, S.C. et al. The mediating role of avoidance coping between ipv victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Res*, v. 220, p. 391-396, 2014. DOI:10.1016/j.psychres.2014.07.065.
- HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. (Eds.), NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & classification. 2018-2020. **Wiley-Blackwell, Oxford**, 2018.
- HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. (Eds.), NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & classification. 2021-2023. **Wiley-Blackwell, Oxford**, 2021.
- HILL, A.; PALLITTO, C.; MCCLEARY-SILLS, J.; GARCIA-MORENO, C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, v. 133, n. 3, p. 269–276, 2016.
- HOOKS, Bell. *Feminist theory: from margin to center*. **Boston: South end press**, 1984.
- HOSKINS, L.M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In R. M. Carrol-Johnson (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. **Philadelphia: JB Lippincott**, 1989.
- HOSKINS, L.M. How to validation study. IN: RANTZ, R.M., LeMONE, P. **Classification of the nursing diagnosis: proceeding of the twelfth conference**. Glendale: Lippitncott, 1997.
- HOWARD, L.M.; TREVILLION, K.; KHALIFEH, H.; WOODALL, A.; et al. Domestic violence and severe psychiatric disorders: Prevalence and interventions. *Psychological Medicine*, v. 40, p. 881–893, 2010.
- IM, E.O.; MELEIS, A.I. Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *ANS Adv Nurs Sci*, v. 22, n. 2, p. 11-24, 1999. DOI: 10.1097/00012272-199912000-00003. PMID: 10634184.

INDU, P.V.; REMADEVI, S.; VIDHUKUMAR, K.; ANIKUMAR, T.V.; et al. Development and validation of the domestic violence questionnaire in married women aged 18-55 years. **Indian J. Psychiatry**, n. 53, pág. 218-223, 2011.

ITON, A. The ethics of the medical model in addressing the root causes of health disparities in local public health practice. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 14, n. 4, p. 335-39, 2008.

ITON, A. Beyond health care: Tackling the root causes of poor health. Paper presented at the Invitational Leadership Summit: Health Equity Matters, **Ann Arbor**, MI, 2012.

JEWKES, R.; JAMA-SHAI, N.; SIKWEYIYA, Y. (2017) Enduring impact of conflict on mental health and gender-based violence perpetration in Bougainville, Papua New Guinea: A cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 12, n. 10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.018606>. Acesso em: 03 jan 2022.

JONKER, I.E.; LAKO, D.A.M., BEIJERSBERGEN, M.D.; JIJBRANDIJ, M.; et al. Factors related to depression and post-traumatic stress disorder in shelter-based abused women. **Violence Against Women**, v. 25, n. 4, p. 401–420, 2019.

KHADRA, C.; WEHBE, N.; FIOLA, J.; SKAFF, W.; et al. Symptoms of post-traumatic stress disorder among battered women in Lebanon: an explanatory study. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 30, n. 2, p. 295–313, 2015.

KINDT, M.; BIERMAN, D.; BROSSCHOT, J.F. Cognitive bias in spider fear and control children: Assessement of emotional interference by a card format and single-trial format of the strop task. **Journal of experimental Child Psychology**, v. 66, p. 163-179, 1997.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciênc Saúde Colet**, v. 16, n. 3, p. 1943-52, 2011.

KLONSKY, D.E.; MUEHLENKAMP, J.J. Self-injury: A research review for the practitioner. **Journal of Clinical Psychology**, v. 63, p. 1045–1056, 2007.

LABRONICI, L.M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M.E.C. The meaning of sexual abuse in the manifestation of corporeity: a phenomenological study. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 401-6, 2010.

LALONI, Diana Tosello. **Escala de avaliação de sintomas-90-R-SCL-90-R: adaptação, precisão e validade**. 2001. 234 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2001.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. **New York, NY: Springer**, 1984.

LAZARUS, R.S.; DELONGIS, A.; FOLKMAN, S.; GRUEN, R. Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. **American Psychologist**, v. 40, n. 7, p. 770-779, 1985. DOI: 10.1037/0003-066X.40.7.770

LEEFLANG, M.M.; DEEKS, J.J.; TAKWOINGI, Y.; Macaskill P. Cochrane diagnostic test accuracy reviews. **Syst Rev**, v. 2, n. 82, 2013.

- LEISRINGS, P.A. What will happen if I punch him? Expected consequences of female violence against male dating partners. **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma**, v. 18, p. 739-751, 2009.
- LENZ, E.R.; SUPPE, F.; GIFT, A.G. et al. Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. **ANS**, v. 17, n. 3, p. 1-13, 1997.
- LINNING, L.M.; KEARNEY, C.A. Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A study of diagnostic comorbidity and child factors. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 19, n. 10, p. 1087- 1101, 2004.
- LOPES, B.; PINTO-GOUVEIA, J.; MARTINS, S. A relação da paranóia com o afecto negativo em duas amostras não-clínicas da população Portuguesa. **Psychologica**, 2011.
- LOPES, M.V.O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T.L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International journal of nursing knowledge**, v.23, n. 3, p. 134-9, 2012.
- LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins da; ARAUJO, Thelma Leite de. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 5, p. 649-655, Oct. 2013 . Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500002&lng=en&nrm=iso). Access on 01 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>.
- 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**. 2015.
- LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M. Métodos Avançados De Validação De Diagnósticos De Enfermagem. In: NANDA Internacional Inc.; HERDMAN, T.H.; NAPOLEÃO, A.A.; TAKAO, C.; MARTINS, V.M., organizadores. **PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem**. Ciclo 4, v. 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016.
- LOTZIN, A.; GRUNDMANN, J.; HILLER, P.; PAWILS, S.; et al. Profiles of Childhood Trauma in Women With Substance Use Disorders and Comorbid Posttraumatic Stress Disorders. **Front. Psychiatry**, v. 10, n. 674, 2019. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00674.
- LUCENA, K.D.T.; SILVA, A.T.M.C.; FREITAS, W.M.F.; BEZERRA, I.M.P.; et al. A abordagem de gênero no contexto no trabalho na ESF do município de João Pessoa (PB). **Saúde Debate**, v. 34, n. 86, p. 456-66, 2010.
- LUDERMIR, A.B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T.V.B. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 29-35, 2014.
- LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 21, p. 82-88, 2010.
- MACKIE, G.; MONETI, F.; SHAKYA, H.; DENNY, E. What are social norms? How are they measured. **University of California at San Diego-UNICEF Working Paper, San Diego**, 2015.
- MANGUEIRA, Suzana de Oliveira. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados ao abuso de álcool**. 2014. 182 f. Tese (Doutorado) -

Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MANYEMA, M.; NORRIS, S.A.; SAID-MOHAMED, R.; TOLLMAN, S.T. et al. The associations between interpersonal violence and psychological distress among rural and urban young women in South Africa. **Health and Place**, v. 51, p. 97-106, 2018.

MARSHALL, B.L. Feminist theory and critical theory. **Can Rev Social Anthropol**, v. 25, p. 208-230, 1988.

MASON, S.M.; FLINT, A.J.; ROBERTS, A.L.; AGNEW-BLAIS, J.M.S.; et al. Posttraumatic stress disorder symptoms and food addiction in women, by timing and type of trauma exposure. **JAMA Psychiatry**, v. 71, n. 11, p. 1271-78, 2014. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.1208.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. Bases teóricas de enfermagem. **Artmed: Porto Alegre**, 2015.

MELEIS, A.I. Revisions in knowledge development: A passion for substance. **Schol Inquiry Nurs Pract: Int J**, v. 1, n. 1, p. 5-19, 1987.

MELEIS, A.I. Theoretical Nursing: Development and Progress. 3<sup>o</sup> ed. **Philadelphia: Lippincott**, 1997.

MELEIS, A.I. A passion for making a difference: ReVisions for empowerment. **Schol Inquiry Nurs Pract: Int J**, v. 12, n. 1, p. 87-94, 1998.

MELEIS, A.I.; IM; E.O. From fragmentation to integration: Situation specific theories. In N.L. Chaska (Ed.). *The Nursing Profession: Tomorrow and Beyond*. **Thousand Oaks, CA: Sage Publications**, 2000.

MELEIS, A.I. Theoretical nursing: Development and progress. 5<sup>a</sup> ed. **Pennsylvania (US): Wolters Kluwer/ Lippincott; Williams & Wilkins**, 2012.

MELO, R.P. MOREIRA, R.P.; FONTENELE, F.C.; AGUIAR, A.S.C.; et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista RENE**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MICHELSEN, H.J.; DE VRIES, J.; VAN HECK, G.L.; VAN DE VIHVER, F.J. Examination of the dimensionality of fatigue: The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). **European Journal of Psychological Assessment**, v. 20, n. 1, p. 39-48, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759.20.1.39>

MIHAILA, T. Perceived stress scale as a predictor of professional behavior and aspects of wellbeing. **Rom J Cognitive Behavioral Therapy Hypnosis**, v. 2, n. 2, p. 1-14, 2015.

MILLER, M.W.; RESICK, P.A. Internalizing and Externalizing Subtypes in Female Sexual Assault Survivors: Implications for the Understanding of Complex PTSD. **Behav Ther**, v. 38, n. 1, p. 58-71, 2007. DOI: 10.1016/j.beth.2006.04.003.

MINAYO, M.C.S. *Violência e Saúde*. 3 ed., 132 p. **São Paulo: Fiocruz**, 2011.

MINNEN, A.; HENDRIKS, L.; OLFF, M. When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. **Behaviour Research and Therapy**, v. 48, p. 312-320, 2010. DOI:10.1016/j.brat.2009.12.003

MITCHELL, S.J.; LEWIN, A.; HORN, I.B.; VALENTINE, D. et al. How does violence exposure affect the psychological health and parenting of young african-american mothers?. **Soc.Sci.Med.**, v. 66, n. 8, p.1828-1840, 2010.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF J.; ALTMAN, D.G. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med.** [Internet], v. 6, n. 6, 2009; [citado em 2021 Jan 10] Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

MOOLA, S.; MUNN, Z.; TUFANARU, C.; AROMATARIS, E.; et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBIMANUAL for Evidence Synthesis** **JBIMANUAL**, 2020. Available from: <https://synthesismanual.jbi.globalhttps://doi.org/10.46658/JBIMES-20-08>

MOREIRA, P.A.S.; PINTO, M.; CLONINGER, C.R.; RODRIGUES, D.; et al. Understanding the experience of psychopathology after intimate partner violence: the role of personality. **PeerJ**, v. 7, 2019. Available from: <http://doi.org/10.7717/peerj.6647>.

MORENO, R.A.; MORENO, D.H. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Rev Psiquiatr Clin**, v. 25, p. 262-272, 1998.

MUÑOZ-RIVAS, M.; BELLOT, A.; MONTORIO, I.; RONZÓN-TIRADO, R.; et al. Profiles of Emotion Regulation and Post-Traumatic Stress Severity among Female Victims of Intimate Partner Violence. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136865>. Acesso em: 05 jan 2022.

NIETSCH, E.A. Tecnologia emancipatória: possibilidade para práxis de enfermagem. **Ijuí (RS): Unijuí**, 2000.

NOCK, M.K. Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. **Current Directions in Psychological Science**, v. 18, p. 78-83, 2009.

NORRIS, C.M. **Concept clarification in nursing**. Rockville: Aspen, 1982.

OAKES, J.M.; ROSSI, P. H. “The Measurement of SES in Health Research: Current Practice and Steps toward a New Approach”. **Social Science & Medicine**, v. 56, p. 769-784, 2003.

OHMAN, A.; RUCK, C. Four principles of fear and their implications. In: ROTTENBERG, J.; JOHNSON, S. Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science. **Washington, DC, US: American Psychological Association**, pág.: 167-189, 2007.

OLIVEIRA, A. R. S. **Validação dos resultados de enfermagem estado de deglutição e prevenção da aspiração em pacientes após acidente vascular cerebral**. 2013. 254 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

OLIVEIRA, Patrícia Peres de et al . Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 196-203, Mar. 2015 . Available from



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100196&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100196&lng=en&nrm=iso). Access on 25 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002900013>.

OLIVEIRA, R.N.G.; FONSECA, R.M.G.S. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 299-306, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Geneva: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Núcleo de Estudos da Violência (NEV). **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014**. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Folha informativa: Violência contra as mulheres**. Brasília, DF, 2017.

ÖZVARIS, B.; DEMIROREN, M.; ŞENER, S.; TUMAY, Ş. Health Services on Combating Domestic Violence Against Women. Akın A (Ed.), **Prime Ministry General Directorate of the Status of Women Publications, Ankara**, 2008.

PAGE, S.E. The difference: how the power of diversity creates better groups, firms, schools, and societies. **Princeton, NJ: Princeton University Press**, 2007.

PALLITTO, C.C.; GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H.A.; HEISE, L.; et al. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. Intimate partner violence, abortion and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 120, n. 1, p. 3-9, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.003>

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

PAVAN, K.; SCHMIDT, K.; MARANGONI, B.; MENDES, M. F.; et al. Esclerose múltipla: adaptação transcultural e validação da escala modificada de impacto de fadiga. **Arquivos de NeuroPsiquiatria**, v. 65, p. 669–673, 2007. DOI:10.1590/s0004-282x 2007000400024

PERDUE, T.O.; SCHREIER, A.; NEIL, J.; CARELS, R.; et al. A Concept Analysis of Disturbed Body Image in Bariatric Surgery Patients. **International Journal of Nursing Knowledge**, 2018. DOI: 10.1111/2047-3095.12220.

PEREIRA, R.C.B.R.; LORETO, M.D.S.; TEIXEIRA, K.M.D.; SOUSA, J.M.M. O fenômeno da violência patrimonial contra as mulheres: percepções das vítimas. **Oikos:Revista Brasileira de Economia Doméstica**, v. 24, n. 1, p. 207-236, 2013.

PERKONIGG, A.; OWASHI, T.; STEIN, M.B.; KIRSCHBAUM, C.; et al. Posttraumatic stress disorder and obesity: Evidence for a risk association. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 36, p. 1-8, 2009. [PubMed: 18976880]

PICO—ALFOSNO, M.A.; GARCIA-LINARES, M.I.; CELDA-NAVARRO, N.; BLASCO-ROS, C. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. **Journal of women's health**, v. 15, p. 599-611, 2006.

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

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre (RS): Editora Artmed, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice**. 8. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre (RS): Editora Artmed, 2019.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Integrative literature review: The initial step in the validation process of nursing diagnoses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

POREDDI, V.; GANDHI, S.; REDDY, S.S.N.; PALANIAPPAN, M.; et al. Violence against women with mental illness and routine screening: Nurses's knowledge, confidence, barriers and learning needs. **Archives of Psychiatric Nursing**, n. 34, pág. 398-404, 2020.

POREDDI, V.; GANDHI, S.; REDDY, S.S.N.; PALANIAPPAN, M.; et al. Effectiveness of a Module Based Training on Nurses' Attitude Towards Social Norms and Beliefs That Support Abuse Among women with Mental Illness. **Community Mental Health Journal**, v. 57, p. 161-166, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00628-1>

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

PRIEST, H.M. Novice and expert perceptions of psychological care and the development of psychological caregiving abilities. **Nurs Educ Today**, v. 19, n. 7, p. 556-563, 1999.

PURI, M.; SHAH, I.; TAMANG, J. Exploring the nature and reasons for sexual violence within marriage among young women in Nepal. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 25, n. 10, p. 1873-1892, 2010.

RAHME, C.; HADDAD, C.; AKEL, M.; KHOURY, C. et al. Does Stockholm Syndrome Exist in Lebanon? Results of a Cross-Sectional Study Considering the Factors Associated with Violence Against Women in a Lebanese Representative Sample. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 4, n. 5, 1-23, 2020. DOI: 10.1177/0886260519897337.

REIS, Maria José dos et al. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 325-331, Apr. 2010. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200013&lng=en&nrm=iso). access on 29 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200013>.

REIS, R.S.; HINO, A.A.F.; RODRIGUEZ, C.R. Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Brazil. **J Health Psychol**, v. 15, n. 107, 2010. DOI: 10.1177/1359105309346343.

RODRIGUEZ, M.A.; HEILEMANN, M.S.; FIELDER, E.; ANG, A. et al. Intimate Partner Violence, Depression, and PTSD Among Pregnant Latina Women. **ANNALS OF FAMILY MEDICINE**, v.6, n. 1, 2008.

ROMEIRO J., CALDEIRA S., HERDMAN T.H., LOPES C.T.; et al. Nursing diagnoses: what about NANDA-I syndromes?. **International Nursing Review**, v. 67, p. 562–567, 2020.

ROSENBERG, M. Society and the adolescent self-image. **Princeton: Princeton University Press**, 1965.

ROTHMANN, S.; MALAN, M. Work-related well-being of South African hospital pharmacists. **S Afr J Ind PsychoL**, v. 37, n. 1, p. 1-11, 2011.

RUTHERFORD, M.A. Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice?. **J Issues Nurs** [Internet], v. 13, n. 1, 2008 [acesso em 02 mar 2021]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html?css=print>

SABRI, Y. Depression and post-traumatic stress disorder in females exposed to intimate partner violence. **Middle East Current Psychiatry**, v. 28, n. 85, p. 1-12, 2021. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00157-x>

SADIQ, A. The paradigm of violence against women in Pakistan: A conflict between law, culture and religion. **European Journal of Social Sciences Studies**, v. 2, n. 1, p. 65–73, 2017.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.; RUIZ, P. Concise Textbook of Clinical Psychiatry. **Wolters Kluwer Health**, 2017, 1008 p.

SAFFIOTI, H. O poder do macho. 9 ed. **São Paulo: Editora Moderna**, 1987 (Coleção polêmica).

SAFFIOTTI, H. Gênero, Patriarcado e Violência. 2 ed. **Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo**, 2015.

SALADIN, M.E.; BRADY, K.T.; DANSKY, B.S.; KILPATRICK, D.G. Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: Two preliminary investigations. **Addictive Behaviors**, v. 20, p. 643–655, 1995. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(95\)00024-7](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(95)00024-7).

SANTOS, Cássia Teixeira dos; ALMEIDA, Miriam de Abreu; LUCENA, Amália de Fátima. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 2-8, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0782.2693>. Access on: 20 feb 2021.

SARDINHA, L.; NÁJERA CATALÁN, H.E. Attitudes towards domestic violence in 49 low- and middle-income countries: A gendered analysis of prevalence and country-level correlates. **PLoS ONE**, v. 13, n. 10, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206101>.

SAVOIA, Mariangela Gentil; SANTANA, Paulo Reinhardt; MEJIAS, Nilce Pinheiro. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping<sup>1</sup> de Folkman e Lazarus para o português. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51771996000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771996000100009&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 30 mar. 2021.

SCHAUFELI, W.B.; TARIS, T.W. A critical review of the Job Demands-Resources Model: implications for improving work and health. In: Bauer GF, Hämmig O, editores. Bridging occupational, organizational and public health a transdisciplinary approach. **Netherlands: Springer**, 2014. p. 43-68.

SCHILDER, P. A Imagem do Corpo. 2. ed. **São Paulo: Martins Fontes**, 1994

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658-666, Aug. 2010. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400009&lng=en&nrm=iso). Access on 30 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>.

SCHWANDT, T. Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S., Eds. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, **CA: Sage Publications**, 1994.

SEGEBLADH, B.; BANNBERS, E.; KASK, K.; NYBERG, S.; et al. Prevalence of violence exposure in women with premenstrual dysphoric disorder in comparison with other gynecological patients and asymptomatic controls. **Acta Obstetricia et Gynecologica**, v. 90, n. 2, p. 746-752, 2011. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01151x.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; TROCCOLI, Bartholomeu T.; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, Sept. 2001. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722001000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000300004&lng=en&nrm=iso). Access on 29 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>.

SELYE, H. Stress, a tensão da vida. **São Paulo: Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural**, 1959.

SHILTS, M.K.; HOROWITZ, M.; TOWNSEND, M.S. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of literature. **American Journal of Health Promotion**, v. 19, n. 2, p. 81-93, 2004.

SIKKEMA, K.J.; RANBY, K.W.; MEADE, C.S.; HANSEN, N.B.; et al. Reductions in traumatic stress following a coping intervention were mediated by decreases in avoidant coping for people living with HIV/AIDS and childhood sexual abuse. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 81, n. 274, 2013. [PubMed: 23025248]

SILVA, Gabrielle Pessôa da. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

SIMARD, S.; SAVARD, J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of multidimensional measure of fear of cancer recurrence. **Support Care Cancer**, v. 17, p. 241-251, 2009.

SIPPEL, L.M.; MARSHALL, A.D. Posttraumatic stress disorder symptoms, intimate partner violence perpetration, and the mediating role of shame processing bias. **J Anxiety Disord**, v. 25, p. 903-910, 2011. [PubMed: 21641765]

SIRIN, S. "Socioeconomic Status and academic Achievement: A Meta-Analytic Review of Research". **Review of Educational Research**, v. 75, n. 3, p.417-453, 2005.

SMINK, F.R.; VAN HOEKEN, D.; HOEK, H.W. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 543-548, 2013. DOI: 10.1097/ YCO.0b013e328365a24f.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, v. 13, n. 13, 2010.

SOUZA, F.B.C.; DREZETT, J.; MEIRELLES, A.C.; RAMOS, D.G. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprod Clim**, v. 27, n. 3, p. 98-103, 2013.

SOUZA, Rosângela de Leon Veleda de et al. Padrões alimentares e fatores associados entre crianças de um a seis anos de um município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2013, v. 29, n. 12 [Acessado 14 Janeiro 2022] , pp. 2416-2426. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156412>. Epub 29 Ago 2013. ISSN 1678-4464.

SPOHN, R.; WRIGHT, E.M.; PETERSON, J.C. Rape and mental health outcomes among women: examining the moderating effects of "healthy" fear levels. **Violence Against Women**, v. 23, n. 9, p. 1055-1075, 2017.

STANDISH, K. Understanding cultural violence and gender: honour killings; dowry murder; the zina ordinance and blood-feuds. **Journal of Gender Studies**, v. 23, n. 2, p. 111–124, 2014.

STAPPENBECK, C. A.; BEDARD-GILLIGAN, M.; LEE, C. M.; et al. Drinking motives for self and others predict alcohol use and consequences among college women: The moderating effects of PTSD. **Addictive Behaviors**, v. 38, p. 1831-1839, 2012.

STEWART, S.H.; MITCHELL, T.L.; WRIGHT, K.D.; LOBA, P. The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 18, p. 51–68, 2004. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.07.006>.

SWEDO, S.E.; LEONARD, H.L.; ALLEN, A.J. New developments in childhood affective and anxiety disorders. **Curr Probl Pediatr**, v. 24, p. 12-38, 1994.

TECIHER, M.H.; TOMODA, A.; ANDERSEN, S.L. Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: are results from human and animal studies comparable?. **Ann N Y Acad Sci**, v. 1071, p. 313-323, 2006. [PubMed: 16891580]

TERR, L.C. Childhood traumas: An outline and overview. **American Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 10-20, 1991.

THOITS, P. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **J Health Social Behav**, v. 2, p. 145-59, 1982.

THOMBS, B.D.; NOTES, L.D.; LAWRENCE, J.W.; MAGYAR-RUSSELL, G.; et al. From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 64, n. 2, p. 205-212, 2008. [PubMed: 18222134]

THOMPSON, J.L. Practical discourse on nursing: Going beyond empiricism and historicism. **ANS**, v. 7, p. 59-71, 1985.

THOMPSON, J.K. Body Image, Eating Disorders and Obesity. **Washington D.C.: American Psychological Association**, 1996.

THOMPSON, J.K.; HEINBERG, L.J.; ALTABE, M.; TANTLEFF-DUNN, S. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. **Washington, DC: American Psychological Association**, 1999.

TRIEF, P.M.; OUIMETTE, P.; WADE, M.; SHANAHAN, P.; et al. Post-traumatic stress disorder and diabetes: Co-morbidity and outcomes in a male veterans sample. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 29, p. 411-418, 2006. [PubMed: 16865552]

TUTTY, L.M.; RADTKE, H.L.; ATEAH, C.A., URSEL, E.J.; et al. The complexities of the intimate partner violence: mental health, disabilities and child abuse history for white, indigenous, and other visible minority canadian women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 36, n. 3, p. 1208-1232, 2021.

ULIBARRI, M.; SEMPLE, S.J.; RAO, S.; STRATHDEE, S.A.; et al. History of Abuse and Psychological Distress Symptoms among Female Sex Workers in Two Mexico-U.S. Border Cities. **Violence Vict**, v. 24, n. 3, p. 399-413, 2009.

ULLMAN, S. E. Is disclosure of sexual traumas helpful? Comparing experimental laboratory versus field study results. **Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma**, v.20, n. 2, p. 148- 162, 2011. DOI:10.1080/10926771.2011.546751

UNITED NATIONS (UN). **Declaration on the Elimination of Violence against Women**. n. 48, 1993. Retrieved from: <http://hrlibrary.umn.edu/instree/e4devw.htm>.

VITALIANO, P.P.; RUSSO, J.; CARR, J.E.; MAIURO, R.D.; et al. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, v. 20, p. 3-26, 1985.

WASELFISZ, J.J. Mapa da violência 2012: atualização: homicídios de mulheres no Brasil. **Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos (Cebela)**, 2012.

WASELFISZ, J.J. Mapa da Violência: homicídio de mulheres no Brasil. 1.ed. **Brasília: FLACSO**, 2015. Acesso: 23mar 2021.

WALDMAN-LEVI, A.; BUNDY, A.; KATZ, N. Playfulness and interaction: a exploratory study of past and current exposure to domestic violence. **OTJR: Occupation, Participation and Health**, v. 35, n. 2, 89-94, 2015.

WALKER, L.E. The battered woman. **Harper & Row**, 1980

WEAVER, T.; GRIFFIN, M.G.; MITCHELL, E.R. Symptoms of Posttraumatic Stress, Depression and Body Image Distress in Female Victims of Physical and Sexual Assault: Exploring Integrated Responses. **Health Care Women Int**, v. 35, n. 4, p. 458-475, 2014. DOI:10.1080/07399332.2013.858162.

WEISS, N.H.; DUKE, A.A.; SULLIVAN, T.P. Evidence for a curvilinear dose-response relationship between avoidance coping and drug use problems among women who experience intimate partner violence. **Anxiety, Stress, & Coping**, v. 1999, p. 1-11, 2014.

WHITING, P.; RUTJES, A.W.S.; WESTWOOD, M.E.; MALLETT, S.; et al. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. **Ann Intern Med**, v. 155, p. 529-536, 2011.

WILSON, G.T. Assessment of binge eating. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. Binge eating: nature, assessment and treatment. **New York: Guilford Press**, 1993. p. 227-49.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women**. 2017. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). In: World Health Organization (Ed.) **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**, 2013. Accessed on 24 April 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women**. WHO: Geneva, 2021

YANG, H.; STOEBER, J. The Physical Appearance Perfectionism Scale: Development and preliminary validation. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 34, p. 69-83, 2012.

YANOVSKI, S.Z. Binge eating: current knowledge and future directions. **Obes Res**, v. 1, n. 4, p. 306-23, 1993.

YEH, M.S.L.; POYARES, D.; COIMBRA, B.M.; MELLO, A.F.; et al. (2021) Subjective and objective sleep quality in young women with posttraumatic stress disorder following sexual assault: a prospective study. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 12, n. 1, p. 1-17, 2021. DOI: 10.1080/20008198.2021.1934788

YI, S.K.M.; STEYVERS, M.; LEE, M.D.; DRY, M.J. The wisdom of the crowd in combinatorial problems. **Cogn Sci**, v. 36, n. 3, p. 452-70, 2012.

ZANCAN, Natália; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. **Psico-USF**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 253-265, June 2018. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712018000200253&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000200253&lng=en&nrm=iso). Access on 20 Apr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230206>.

## APÊNDICE A - CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

### CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezados juízes,

Eu, Yanka Alcântara Cavalcante, estudante de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou realizando uma pesquisa na área temática de Pesquisa Clínica sobre Taxonomias e Cuidados de Enfermagem, com o título de “Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma no Contexto da Violência contra a Mulher”, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Vimos por meio desta carta, solicitar sua colaboração enquanto especialista nas áreas de interesse do estudo (taxonomias de enfermagem, saúde da mulher, violência contra a mulher e eventos traumáticos/opressivos). Sua contribuição corresponderá na análise e julgamento do diagnóstico de enfermagem intitulado por “Síndrome Pós-Trauma” às mulheres que tenham sido vítimas de violência.

O instrumento para coleta é composto por elementos que compreendem o diagnóstico de “Síndrome Pós-Trauma” presentes na Taxonomia da NANDA Internacional, assim como dos indicadores clínicos e fatores etiológicos identificados após o desenvolvimento de duas revisões sistemáticas de literatura, por meio da formação de uma Teoria de Situação Específica. Conforme tal instrumento, o(a) Sr. (a) julgará a relevância dos elementos para o fenômeno da enfermagem.

Na condição de aceitar a participação na pesquisa, solicitamos que responda o *e-mail* e ou a mensagem por *Whatsapp* divulgado o mais breve possível, informando qual o meio de comunicação de sua preferência para recebimento do material analisado (exemplos: via eletrônica ou correspondência convencional). Após a confirmação do aceite, estaremos enviando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as devidas instruções para os questionamentos e o instrumento de coleta de dados propriamente dito.

Aguardamos sua resposta, e a partir de então, agradecemos sua atenção e disponibilidade. Estou à disposição para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos necessários.



Atenciosamente,

*Yanka Alcântara Cavalcante.*

## **APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA A ETAPA DE VALIDAÇÃO COM OS JUÍZES**

Prezado (a) juiz,

Eu, Yanka Alcântara Cavalcante, sou graduada em enfermagem e mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando uma pesquisa intitulada por “Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma no Contexto da Violência contra a Mulher”, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

O objetivo geral da pesquisa é analisar, por meio das respostas dos juízes, a validade da estrutura teórica do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência, a partir de uma Teoria de Situação Específica.

Inicialmente, gostaríamos de agradecer a concordância em participar de tal pesquisa. Sua colaboração será de suma importância para o desfecho deste estudo. Estamos confirmando o total sigilo perante as informações obtidas, uma vez que tais respostas serão utilizadas somente para o desenvolvimento da etapa de validação do diagnóstico.

Asseguramos que o (a) Sr. (a) será informado sobre os procedimentos do estudo, assim como serão esclarecidas as dúvidas que possam vir a acontecer. Certificamos que o (a) Sr. (a) terá total liberdade em ausentar-se da pesquisa sem prejuízo algum, a qualquer momento em que houver a necessidade.

Sua participação constará no preenchimento de um formulário que será enviado via *e-mail* e *WhatsApp*, no qual deverá conter os seguintes itens: 1- informações pessoais, assim como a experiência prática e acadêmica; 2- Análise da definição do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma; 3- Análise da relevância dos elementos-chave (indicadores clínicos e fatores etiológicos) identificados para o diagnóstico Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência por meio da construção de duas revisões sistemáticas e uma Teoria de Situação Específica. Além dos elementos novos encontrados, os elementos já existentes pela Taxonomia da NANDA Internacional serão colocados como critério para comparação e análise.

Pedimos sua colaboração em reenviar o instrumento de avaliação com um prazo máximo de 30 dias, haja vista que os resultados serão pertinentes para execução da etapa de validação do conteúdo.

Sendo necessário contato de forma imediata, disponibilizo meu número de celular, endereços postais e eletrônicos.

Mais uma vez, agradecemos sua contribuição com a pesquisa. Estamos à disposição para maiores dúvidas.

Nome da Pesquisadora: Yanka Alcântara Cavalcante

Endereço: Rua Valdemiro Cavalcante, 600 – Fortaleza, CE.

Telefone (celular): (88) 9.8803-1785

*E-mail:* yankacavalcante77@gmail.com

Nome do Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

**APÊNDICE C. TERMO DE PÓS-CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE PÓS-CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A ETAPA  
DE VALIDAÇÃO COM OS ESPECIALISTAS**

Declaro que, depois de esclarecido (a) pela pesquisadora e compreendendo aquilo que foi explicado a mim, concordo em participar do estudo intitulado por “Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma no Contexto da Violência contra a Mulher”.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**APÊNDICE D – COMPOSIÇÃO ATUAL DO DIAGNÓSTICO SÍNDROME PÓS-  
TRAUMA APÓS A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**

<b>FATOR ETIOLÓGICO</b>	<b>DEFINIÇÃO CONCEITUAL</b>
<b>TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA</b>	
Agressão física	Qualquer conduta e/ou ato que venha a lesionar a integridade ou saúde corporal da mulher, sendo classificados como: espancamento, atirar objetos, sacudir e/ou apertar os membros superiores, estrangulamento ou sufocamento, lesões com objetos perfurocortantes, ferimentos e/ou hematomas causados devido a queimaduras ou armas de fogo e a tortura. A agressão também se encontra como um dos cinco tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher pela Lei de nº 11.340 (Lei Maria da Penha) pelo Capítulo II, art. 7º e inciso I (BRASIL, 2006).
Agressão sexual	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006).
Agressão psicológica	Qualquer conduta que lhe cause danos emocionais e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006).

Trauma infantil	Qualquer abuso físico e sexual, como também abuso emocional e/ou negligência física e emocional ao gênero feminino durante a fase da infância (OMS, 2002), compreendida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) até os doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1990).
Suporte social inadequado	Segundo Bowling (1991), o suporte social inadequado é visualizado enquanto fragilidade no processo interativo, no qual as pessoas não terão ajuda emocional, material e/ou econômica de sua rede de familiares e amigos.
Comportamentos de evitação	Reconhecidos como constituintes do constructo da resiliência psicológica, no qual ocorre a apropriação de estratégias mediante o ambiente vivenciado para a regulação de suas emoções e cognições quando desafiadas em situações estressantes, neste caso, pela VCM (FOLKMAN; LAZARUS, 1986).
Severidade dos sintomas depressivos	Aumento dos sintomas depressivos em decorrência da exposição a um evento traumático (STTAPENBECK; et al., 2013).
Histórico de depressão familiar	Sintomas depressivos existentes no histórico de saúde dos familiares, que se correlaciona aos sintomas presentes no diagnóstico de SPT em mulheres vitimizadas pela violência (MASON; et al., 2014).
<b>NANDA-I (2021-2023)</b>	
Força do ego diminuída	O ego é a estrutura psíquica responsável pela mediação entre os desejos mais profundos advindos do Id e as condições morais impostas pela convivência social, representadas pelo superego. O ego surge de necessidades evolutivas do ser humano que precisa sobreviver e se reproduzir para garantir a continuação da espécie e para isto precisa entrar em contato com o ambiente. Quando a força do ego encontra-se diminuída, este não consegue cumprir as funções de forma harmoniosa, a pessoa não consegue estabelecer uma relação equilibrada com o meio em que vive, não havendo resposta de forma apropriada às exigências da vida (FREUD, 1996).
Ambiente não condutivo às	Segundo a Teoria da Motivação Humana, o fator pode ser identificado enquanto um contexto que não está direcionado às necessidades

necessidades	básicas ou fisiológicas, de segurança, de amor e/ou sociais, de estima e de auto-realização à pessoa, sendo estes fatores motivacionais que tendem a estimular metas de responsabilidade, crescimento e inovação (MASLOW, 1954; REGIS; PORTO, 2011).
Perceber o evento como traumático	Processo de inferência diretamente relacionado a comportamentos adaptativos e a memória quanto à visualização do evento passado como sendo traumático (NISBETT; MASUDA, 2003).
Comportamento autolesivo	Autolesão do tipo não-suicida com intenção direta de agredir/lesionar o próprio tecido corporal, todavia, sem o objetivo de suicídio (KLONSKY; MUEHLENKAMP, 2007; NOCK, 2009).
Papel de sobrevivente	Papel social exercido por uma pessoa em decorrência de uma situação de trauma explícito/implícito, específico para mulheres que foram vítimas/sobreviventes de algum tipo de violência. O papel de sobrevivente ocorre por meio de três formas, sendo estas: 1- terrorismo íntimo, que envolve um padrão de controle coercivo que tende a integrar a intimidação, a violência psicológica, a violência econômica, o isolamento, a minimização, a negação e a culpa; 2- a resistência violenta, que envolve o uso de violência por parte da sobrevivente à violência com o intuito de resistir à violência perpetrada ou como forma de defesa face à situação; e 3- violência situacional do casal, sendo um conjunto de conflitos e tensões dentro da relação que levam uma ou duas pessoas a reagirem para a violência (LEITÃO, 2014).

<b>INDICADOR CLÍNICO</b>	<b>DEFINIÇÃO CONCEITUAL</b>
<b>TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA</b>	
Desesperança	A desesperança é compreendida como um constructo psicológico relevante, referentes às expectativas negativas em relação a si mesmo e à vida futura e um estado emocional negativo definido pela falta de solução aos problemas (YIP; CHEUNG, 2006).
Baixa Autoestima Situacional	Conforme Rosenberg (1965), a autoestima deve ser entendida como um conjunto de sentimentos e pensamentos da pessoa quanto ao seu próprio valor, competência e capacidade em enfrentar os desafios, que

	deve repercutir em uma atitude positiva ou negativa (Baixa autoestima) em relação a si mesmo.
Automutilação	Autolesão do tipo não-suicida com intenção direta de agredir/lesionar o próprio tecido corporal, todavia, sem o objetivo de suicídio (KLONSKY; MUEHLENKAMP, 2007; NOCK, 2009).
Ansiedade	Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (HERDMAN; KAMITSURU, 2021).
Sobrecarga de Estresse	Comportamento psicológico que tende a pôr em risco o bem estar e a saúde fisiológica e mental dos indivíduos. Para que seja mais bem abordado, o estresse enfatiza desde respostas fisiológicas e reações do indivíduo aos estressores, até a fase psicológico-cognitiva que foca a relação do indivíduo para com o meio, ou seja, como a pessoa avaliará e perceberá o evento estressor/traumático em si (CHEN; WONG; YU, 2009; ROTHMANN; MALAN, 2011; FORD; et al., 2014; SCHAUFELI; TARIS, 2014; MIHAILA, 2015).
Enfrentamento Ineficaz	Incapacidade de desenvolver uma avaliação de maneira válida de certos estressores, havendo esforços cognitivos e comportamentais que tendem a falhar no controle das demandas referentes ao bem estar (HERDMAN; KAMITSURU, 2021).
Regulação de Humor Prejudicada	Estado mental que pode ser caracterizado por modificações no humor e afetividade e que comprimi um conjunto de manifestações cognitivas, afetivas, fisiológicas e/ou somáticas, que podem variar entre sintomas leves a uma sintomatologia grave (HERDMAN; KAMITSURU, 2021).
Distúrbio na Imagem Corporal	Aspecto multidimensional que envolve fatores psicológicos, sociológicos e fisiológicos, diante da forma como o indivíduo tende a se visualizar (GILMARTIN, 2013; PERDUE; et al., 2018).
Insônia	Insatisfação com a qualidade ou a quantidade do sono, que ocorre devido à oportunidade adequada para dormir e que impõe à mulher algum tipo de prejuízo durante o dia (APA, 2014).



Medo	Situação real e ameaçadora (reativo), ou pode-se sentir medo pelo simples ato de pensar (cognitivo). As diferenças entre ambos os medos serão distinguidas pelas respostas fisiológicas relacionadas à situação real do medo, ou à sua ausência, na vivência cognitiva do medo (KINDT; et al., 2007).
Ideação paranoica	A ideação é visualizada como uma crença que coloca a pessoa em uma posição de alvo, normalmente de alguma pessoa que possui mais autoridade, estatuto, reconhecimento e aceitação social, diretamente relacionado ao caso do fenômeno da VCM (LOPES; PINTO-GOUVEIA; MARTINS, 2011).
Hostilidade	Sentimentos de antagonismo, grosserias e/ou ações hostis que tendem a ser direcionados a algo ou a alguém. Reflete pensamentos, sentimentos ou ações que são características da afetividade negativa do estado de raiva. Envolve três modos de expressão: agressão, irritabilidade e ressentimento. Mulheres expostas aos vários tipos de agressão e aos níveis leve, moderado e alto de estresse psicológico, tendem a apresentar os sintomas de hostilidade em excesso, em comparação às mulheres que não são expostas a nenhum tipo de violência (LALONI, 2001; GOLDER; et al., 2015).
Compulsão alimentar	Transtorno alimentar em que o indivíduo tende a necessidade em se alimentar, por mais que não esteja com fome, e que não há uma interrupção da ingestão abusiva de alimentos, mesmo tendo o organismo fisiológico satisfeito (MASON; et al., 2014).
<b>NANDA-I (2021-2023)</b>	
Comportamentos agressivos	Qualquer forma de conduta direcionada com a finalidade de ferir ou prejudicar uma pessoa (KAPLAN; SADOCK, 1993).
Alienação	Perda da liberdade moral, condição para o estabelecimento do contrato social, assim como a degenerescência do juízo moral (POSTEL, 1995). Deterioração dos processos cognitivos, de caráter transitório ou permanente, de certa forma em que a mulher será incapaz de gerir sua própria vida (POLI, 2005).
Atenção alterada	Incapacidade de dirigir a consciência a um estímulo, concentrando sobre este toda a atividade consciente. Depende tanto de fatores

	<p>fisiológicos, referentes ao estado neurológico da vítima, quanto de fatores contextuais vivenciados pela mesma (CABALEIRO, 1996; MEZZASALMA; TAVARES, 2003).</p>
Humor alterado	<p>Modificações no humor e afetividade e que comprimi um conjunto de manifestações cognitivas, afetivas, fisiológicas e/ou somáticas, que podem variar entre sintomas leves a uma sintomatologia grave (HERDMAN; KAMITSURU, 2021).</p>
Comportamentos de evitação	<p>Constructo da resiliência psicológica, no qual ocorre a apropriação de estratégias mediante o ambiente vivenciado para a regulação de suas emoções e cognições quando desafiadas em situações estressantes, neste caso, pela VCM (FOLKMAN; LAZARUS, 1986).</p>
Comportamento compulsivo	<p>Respostas repetitivas e/ou estereotipadas emitidas para prevenir ou eliminar as obsessões e/ou a ansiedade. Deste ponto de vista, as compulsões ocorrem sob controle de reforçamento negativo, à medida que eliminam as obsessões e a ansiedade (CATANIA, 1999).</p>
Negação	<p>Mecanismo de defesa que se refere a um processo pelo qual a pessoa, de alguma forma, inconscientemente, não quer tomar conhecimento de algum evento traumático ocorrido (FREUD, 2014; RIPOLL, 2014).</p>
Sintomas depressivos	<p>Comportamentos peculiares são identificados de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM-VI, sendo estes: falta de interesse em realizar atividades que antes eram consideradas prazerosas pela mulher, humor deprimido diariamente com sentimento de tristeza, perda ou ganho significativo de peso corporal sem a realização de uma dieta propriamente dita, insônia ou hipersonia diariamente, sensações de fadiga mesmo sem ter realizado atividades físicas, sentimentos de culpa e inutilidade, pensamentos destrutivos e suicidas (APA, 2002; BITTAR; KOHLSDORF, 2013).</p>
Amnésia dissociativa	<p>Transtorno dissociativo consistido em um tipo de amnésia, popularmente conhecido como uma perda de memória, que tende a ser provocado devido um estresse ou evento traumático, resultando na incapacidade da vítima de recordação de informações pessoais relevantes. Este tipo de transtorno pode durar de poucos minutos a décadas, dependendo quanto ao grau de severidade do estresse/trauma</p>

	vivenciado pela pessoa (APA, 2014).
Resposta de sobressalto exagerado	Resposta musculoesquelética súbita, que varia de uma simples contração de certos grupos musculares até posturas de defesa em resposta a estímulos inócuos como barulhos ou som alto. Desta forma, a pessoa tende a se assustar facilmente e tais sintomas estão relacionados à dificuldade de avaliação discriminatória do estímulo e a devida incapacidade de modular respostas extremas e estereotipadas (McFARLANE; WEBER; CLARK, 1993; SHALEV; ROGEL, 1993).
Expressa raiva	Expressão facial de uma das emoções considerada básica por representar padrões relacionados à resposta de sobrevivência ao mundo, selecionada ao longo da história evolutiva da humanidade (TOMKINS, 1979; EKMAN; FRIESEN; ELLSWORTH, 1982; IZARD, 1994; FRIDLUND, 1994).
Expressa vergonha	Desconforto psíquico, proveniente de dois tipos de situação, sendo estas: exposição e juízo negativo. A pessoa tende a sentir vergonha pelo fato de ter sido exposta ao olhar alheio ou por se julgar negativamente (LA TAILLE, 2007).
Flashbacks	Experiência mnemônica com sensações físicas combinadas a outros aspectos da vida da sobrevivente (SILVA, 2005).
Cefaleia	Cefaleia atribuída a trauma ou lesão cefálica e/ou cervical considerada cefaleia secundária mais comum. Durante os primeiros três meses a partir do início eles são considerados agudos; se eles continuam além desse período são denominados persistentes. Esse período de tempo é consistente com os critérios diagnósticos da ICHD-II, embora o termo persistente tenha sido adotado no lugar de crônico (a) (IHS, 2018).
Palpitações cardíacas	Pequenas modificações nos batimentos cardíacos (na frequência ou força de contração deles), sem que estejam correlacionadas a arritmias cardíacas importantes, podendo ser assintomáticas em certas situações. Sendo assim, as palpitações são consideradas como um indicador pouco preciso para distúrbios do ritmo, estando correlacionado principalmente à problemas de ansiedade e estresse (GOLDMAN'S CECIL MEDICINE, 2012).
Horror	Estado emocional considerado como um produto da história evolutiva e

	<p>peçoal, em conjunto com as contingências presentes e descritas pela pessoa que se comporta, se internas (MILLENSON, 1975; BRANNIGAN; HUMPHRIES, 1981).</p>
Hipervigilância	<p>Estado em que a pessoa está atenta a um estímulo novo a cada momento, deslocando a sua atenção de um fato para outro, com grande rapidez. Ocorre nos quadros maníacos e nas excitações por substâncias euforizantes (MEZZASALMA; TAVARES, 2003).</p>
Sonhos intrusivos	<p>Revivência do trauma ocorrido caracterizado por recordações aflitivas recorrentes e intrusivas do evento (WHO, 1993; APA, 2002).</p>
Pensamentos intrusivos	<p>Recordação do trauma perpetrado com caracterização de recordações de angústia e aflição recorrentes e definidas como intrusivas do evento (WHO, 1993; APA, 2002).</p>
Humor irritável	<p>Sintoma inespecífico, definido como pouca tolerância e hostilidade diante de estímulos considerados como perturbadores pela vítima (FU; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000).</p>
Irritabilidade neurossensorial	<p>Estado emocional ou reação ocorrida por estímulos que tendem a provocar frustração e/ou raiva. A pessoa com irritabilidade neurossensorial vem a mudar sua postura e comportamento, além de haverem possíveis surtos emocionais (LEIBENLUFT; STODDARD, 2013; STRINGARIS; TAYLOR, 2015; VIDAL-RIBAS; et al., 2016; BROTMAN; et al., 2017).</p>
Pesadelos	<p>Tipo de sonho que envolve aspectos da violação perpetrada, muitas vezes combinados com outros aspectos da vida da sobrevivente (SILVA, 2005).</p>
Ataques de pânico	<p>Sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos e que iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima de até 10 minutos (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).</p>
Raiva	<p>Sentimento de intenso desconforto frente a alguma provocação, ofensa, agressão e estresse emocional por parte de alguém ou por alguma entidade. Tal desconforto leva a comportamentos agressivos pela pessoa que sentiu-se agredida (KLEINHANS, 2010).</p>
Relata que se sente	<p>Relato da vítima quanto à culpa que sente pelo evento traumático</p>

culpada	sofrido (HELMUTH; et al., 2014).
Repressão	Mecanismo de defesa mental inconsciente, nos quais ideias ou impulsos indesejáveis e inaceitáveis à consciência são suprimidos pela mesma e são impedidos de entrar no estado consciente (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).
Uso abusivo de substâncias	Uso continuado de qualquer substância que desenvolva alterações a consciência, que venha a afetar negativamente a saúde física/mental da pessoa, sua situação e responsabilidade social (HELLMUTH; et al., 2014).

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIAS

### QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA (QESI)

Item	Afirmação	Resposta
<b>Enquanto eu crescia...</b>		
1	Eu não tive o suficiente para comer.	1 2 3 4 5
2	Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	1 2 3 4 5
3	As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpida”, “preguiçosa” ou “feia”.	1 2 3 4 5
4	Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	1 2 3 4 5
5	Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1 2 3 4 5
6	Eu tive que usar roupas sujas.	1 2 3 4 5
7	Eu me senti amada.	1 2 3 4 5
8	Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1 2 3 4 5
9	Eu apanhei tanto de alguém da família que tive que ir ao hospital ou me consultar com um médico.	1 2 3 4 5
10	Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1 2 3 4 5
11	Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1 2 3 4 5
12	Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1 2 3 4 5
13	As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1 2 3 4 5
14	Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1 2 3 4 5
15	Eu acredito que fui maltratada fisicamente.	1 2 3 4 5
16	Eu tive uma ótima infância.	1 2 3 4 5
17	Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1 2 3 4 5
18	Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1 2 3 4 5
19	As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1 2 3 4 5
20	Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1 2 3 4 5
21	Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	1 2 3 4 5
22	Eu tive a melhor família do mundo.	1 2 3 4 5
23	Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	1 2 3 4 5
24	Alguém me molestou.	1 2 3 4 5
25	Eu acredito que fui maltratada emocionalmente.	1 2 3 4 5
26	Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	1 2 3 4 5
27	Eu acredito que fui abusada sexualmente.	1 2 3 4 5
28	Minha família foi uma fonte de força e apoio.	1 2 3 4 5

\*Legenda: 1: Nunca; 2: Poucas Vezes; 3: Às Vezes; 4: Muitas Vezes; 5: Sempre.

Fonte: Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi (2006)

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL SUPPORT SURVEY

### QUESTIONÁRIO MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL SUPPORT SURVEY (MOS-SSS)

As seguintes questões fazem referências ao apoio ou ajuda de que dispõe.

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem (Pessoas com que esta à vontade e pode falar tudo o que quiser). Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos \_\_\_\_\_.

Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa. Assinale com um círculo um dos números de cada fila.

Item	Afirmação	Resposta
2	Alguém que lhe ajude se tiver que estar de cama.	1 2 3 4 5
3	Alguém com quem falar quando precise.	1 2 3 4 5
4	Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas.	1 2 3 4 5
5	Alguém que a leve ao médico quando necessite.	1 2 3 4 5
6	Alguém que lhe dê sinais de carinho, amor ou afeto.	1 2 3 4 5
7	Alguém com quem passar um bom bocado.	1 2 3 4 5
8	Alguém que lhe dê uma informação e lhe ajude a entender uma situação.	1 2 3 4 5
9	Alguém com quem confiar ou com quem falar de si própria e das suas preocupações.	1 2 3 4 5
10	Alguém que lhe dê um abraço.	1 2 3 4 5
11	Alguém com quem poder relaxar.	1 2 3 4 5
12	Alguém para preparar as suas refeições se não as poder fazer.	1 2 3 4 5
13	Alguém cujo conselho deseje.	1 2 3 4 5
14	Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas.	1 2 3 4 5
15	Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente.	1 2 3 4 5
16	Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos.	1 2 3 4 5
17	Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais.	1 2 3 4 5
18	Alguém para se divertir.	1 2 3 4 5
19	Alguém que compreenda os seus problemas.	1 2 3 4 5
20	Alguém quem amar e que lhe faça se sentir querida.	1 2 3 4 5

\*Legenda: 1: Nunca; 2: Raramente; 3: As vezes; 4: Quase Sempre; 5: Sempre.

**Fonte: Alonso; et al. (2007)**

## ANEXO C – THE BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION

## THE BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION (BDDE)

Nº	Questão	Instruções	Pontuação
1	Descrição de problema na aparência física	“O que você não tem gostado na sua aparência no último mês?” O entrevistado deverá nomear uma característica física. Se o entrevistado reclamar de características do corpo inteiro ou grandes regiões, peça ao entrevistado para localizar a reclamação dele ou dela o máximo possível. Peça ao entrevistado para descrever a característica que ele não gosta em detalhes. Embora você deva tomar nota de comentários de julgamento, como “isto é feio”, “este _____ é asqueroso”, etc., esteja seguro de pedir ao entrevistado que descreva sobre o que é a característica “feia” ou “asquerosa” em condições mais objetivas. Em alguns casos, isolar uma única reclamação não caracteriza a preocupação principal do entrevistado. Permita ao entrevistado referir uma combinação de características para uma área.	A critério do entrevistador.
2	Defeito físico observável (Se possível, solicitar que o entrevistado mostre o problema de aparência, a não ser em casos em que isto seja muito constrangedor para ele(a)).	Informe a presença de um defeito observável.	0) nenhum problema de aparência observável. 1) problema informado é observável, embora não raro ou anormal (por exemplo, um nariz grande, sobrepeso moderado). 2) problema informado definitivamente é anormal (por exemplo, perna amputada, cicatrizes de queimaduras, obesidade grave). 3) nenhuma oportunidade para observar o problema.
5	Conferindo o problema	“Informe o número de vezes durante o último mês no qual você olhou atentamente o seu problema no espelho”.	0) 0 vezes 1) 1-3 vezes 2) 4-7 vezes 3) 8-11 vezes 4) 12-16 vezes 5) 17-21 vezes 6) 22-28 dias vezes 0) 0 vezes 1) 1-3 vezes 2) 4-7 vezes 3) 8-11 vezes 4) 12-16 vezes 5) 17-21 vezes 6) 22-28 dias vezes.
6	Descontentamento com problema de aparência	“Durante o último mês, quanto incômodo seu (a) _____ tem causado?”	0) nenhum incômodo. 1) 2) incômodo leve. 3) 4) incômodo médio. 5) 6) incômodo grande.
7	Descontentamento com a aparência geral	“Durante o último mês, você tem se sentido incomodado com a sua aparência geral?”	0) nenhum incômodo. 1) 2) incômodo leve. 3) 4) incômodo médio. 5) 6) incômodo grande.
8	Busca de conforto	“Durante o último mês, você procurou apoio com outras pessoas tentando ouvir que seu (a) _____ não é tão ruim ou anormal quanto você pensa que é?” Gradue o número de dias durante o último mês em que o entrevistado buscou conforto de outros sobre o problema de aparência dele/dela.	0) nunca tentou se confortar 2) 4 -7 vezes/mês ou tentou se confortar uma ou duas vezes em cada semana. 3) 8-11 vezes/mês. 4) 12-16 vezes/mês ou tentou se confortar em metade dos dias. 5) 17-21 vezes/mês. 6) 22-28 vezes/mês ou tentou se confortar diariamente ou quase diariamente.
9	Preocupação com o problema de aparência	“Com que frequência você pensa em seu problema e se sente triste, desestimulado ou chateado?”	0) nunca fica chateado com o problema de aparência ou nunca pensa no problema de aparência. 1) 1-3 vezes/mês. 2) 4-7 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado uma ou duas vezes em cada semana. 3) 8-11 vezes. 4) 12-16 vezes/mês ou pensa nisto e se sente chateado em metade dos dias da semana. 5) 17-21 vezes. 6) 22-28 vezes ou pensa nisto e se sente chateado diariamente ou quase diariamente.
10	Preocupação com o problema de aparência em situações públicas	“Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu (a) _____ quando você estava em áreas públicas como lojas, supermercados, ruas, restaurantes, ou lugares onde havia principalmente pessoas que você não conhecia?”	0) nenhuma preocupação. 1) 2) leve preocupação. 3) 4) média preocupação. 5) 6) grande preocupação.
11	Preocupação sobre o problema de aparência em situações sociais	“Durante o último mês, quanto você se preocupou sobre seu problema quando estava em locais sociais com colegas de trabalho,	0) nenhuma preocupação. 1) 2) leve preocupação. 3) 4) média preocupação. 5) 6) grande preocupação.



		conhecidos, amigos ou membros da família?”	
12	Frequência com que o problema de aparência é notado por outras pessoas	“Durante o último mês, com que frequência você tem sentido que outras pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu(a) _____?”	0) nunca aconteceu. 1) 1-3 vezes/mês. 2) 4-7 vezes/mês ou aconteceu uma ou duas vezes em cada semana. 3) 8-11 vezes/mês. 4) 12-16 vezes/mês ou aconteceu em metade dos dias. 5) 17-21 vezes/mês. 6) 22-28 vezes/mês ou aconteceu diariamente ou quase diariamente.
13	Angústia relacionada ao problema de aparência notado por outras pessoas	“Quanto você ficou chateado quando sentiu que as pessoas notaram ou estavam prestando atenção em seu (a) _____?”	0) não se sentiu chateado ou outras pessoas não notaram. 1) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas notaram. 2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um notou. 3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas notaram. 4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um que notou. 5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas notaram. 6) se sentiu enormemente chateado quando qualquer um notou.
15	Angústia relacionada ao comentário dos outros	“Quanto você ficou chateado quando alguém fez um comentário sobre seu (a) _____?”	0) não ficou chateado ou outras pessoas não comentaram. 1) se sentiu ligeiramente chateado somente quando certas pessoas comentaram. 2) se sentiu ligeiramente chateado quando qualquer um comentou. 3) se sentiu medianamente chateado quando certas pessoas comentaram. 4) se sentiu medianamente chateado quando qualquer um comentou. 5) se sentiu enormemente chateado quando certas pessoas comentaram. 6) se sentiu enormemente chateado quando qualquer um comentou.
17	Angústia relacionada ao tratamento diferenciado das outras pessoas devido ao problema de aparência	“Quanto você ficou chateado quando as pessoas o(a) trataram diferente por causa de seu(a) _____?”	0) não ficou chateado ou não houve nenhum tratamento diferencial. 1) ligeiramente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas. 2) ligeiramente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida. 3) medianamente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas. 4) medianamente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida. 5) enormemente chateado quando certas pessoas estiveram envolvidas. 6) enormemente chateado quando qualquer pessoa estava envolvida.
18	Importância do problema de aparência	“O quanto a sua aparência é importante comparada a outros valores como personalidade, inteligência, habilidade no trabalho, relacionamento com outras pessoas e execução de outras atividades?”	0) nenhuma importância. 1) 2) pouca importância. 3) 4) média importância. 5) 6) grande importância.
19	Autoavaliação negativa devido ao problema de aparência	“Durante o último mês, você se criticou devido ao seu (a) _____?”	0) nenhuma crítica. 1) 2) poucas críticas. 3) 4) algumas críticas. 5) 6) muitas críticas.
21	Percepção de atratividade física	“Durante o último mês, você sentiu que outras pessoas te acharam atraente?”	0) Sim, me acharam atraente 1) 2) Não, ligeiramente sem atrativos. 3) 4) Não, medianamente sem atrativos. 5) 6) Não, sem nenhum atrativo.
23	Afastamento de situações públicas	“Durante o último mês, você evitou áreas públicas porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____? Você tem evitado ir a lojas, supermercados, ruas, restaurantes ou outras áreas onde haveria principalmente pessoas que você não conhecia? Com que frequência?”	0) nenhum afastamento de situações públicas. 1) 2) evitou pouco. 3) 4) evitou com média frequência. 5) 6) evitou muito.
24	Afastamento de situações sociais	“Durante o último mês, você evitou trabalhar ou outras situações sociais com amigos, parentes, ou conhecidos porque se sentiu incomodado com o seu (a) _____? Situações sociais podem incluir ir à escola, festas, reuniões familiares e etc. Com que frequência?”	0) nenhum afastamento de situações sociais. 1) 2) evitou pouco 3) 4) evitou com média frequência. 5) 6) evitou muito.
25	Afastamento de contato físico	“Durante o último mês, você tem evitado contato físico com outras pessoas por causa de seu (a) _____? Isto inclui relação sexual como também outro contato íntimo como abraçar, beijar ou dançar.”	0) nenhum afastamento de contato físico. 1) 2) evitou pouco. 3) 4) evitou com média frequência. 5) 6) evitou muito.
26	Afastamento de atividade física	“Durante o último mês, você evitou atividades	0) nenhum afastamento de atividade física.

		físicas como exercício ou recreação ao ar livre por causa de seu (a) _____?”	1) 2) evitou pouco 3) 4) evitou com média frequência. 5) 6) evitou muito.
27	Escondendo o corpo	“Durante o último mês, você se vestiu de forma a esconder, encobrir, disfarçar e/ou desviar atenção de seu (a) _____?” Utilizou maquiagem ou mudou seu corte de cabelo de algum modo especial para tentar esconder ou disfarçar seu (a) _____?”	0) nunca escondeu problema 1) 1-3 vezes/mês 2) 4-7 vezes/mês ou escondeu uma ou duas vezes em cada semana. 3) 8-11 vezes/mês 4) 12-16 vezes/mês ou escondeu em metade dos dias. 5) 17-21 vezes/mês 6) 22-28 dias vezes/mês ou escondeu diariamente ou quase diariamente.
28	Alterando a postural corporal	“Durante o último mês, você alterou seus movimentos corporais (como o modo de se levantar ou de se sentar, onde você põe suas mãos, como você caminha, que lado seu você mostra às pessoas) com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas do seu problema de aparência?” Informe o número de dias durante o último mês no qual você alterou sua postura/movimentos corporais com a intenção de esconder seu problema.	0) nenhuma alteração de postura ou movimentos corporais. 1) 1-3 dias vezes/mês. 2) 4-7 vezes/mês ou uma ou duas alterações em cada semana. 3) 8-11 vezes/ mês. 4) 12-16 vezes/mês ou alteração em cerca de metade dos dias. 5) 17-21 vezes/mês. 6) 22-28 vezes/mês ou alteração de postura ou movimentos corporais diariamente ou quase diariamente.
29	Inibição do contato físico	“Durante o último mês, você evitou contato físico com outras pessoas com a intenção de esconder seu (a) _____ ou distrair a atenção das pessoas dele?” Por exemplo, você impediu outras pessoas de tocarem certas partes de seu corpo? Ou inibiu sua postura durante ato sexual ou outro contato físico íntimo como abraçar, beijar ou dançar?” Quantifique a frequência com que o entrevistado alterou postura ou movimentos corporais na tentativa de esconder seu problema de aparência durante situações de contato físico.	0) nunca inibiu o contato físico. 1) 2) inibiu em menos da metade das ocasiões de contato físico. 3) 4) inibiu em torno de metade das ocasiões de contato físico. 5) 6) inibiu em todas ou quase todas as vezes em que teve contato físico.
30	Evitando olhar para o corpo	“Durante o último mês, você tem evitado olhar para seu corpo, particularmente para o seu (a) _____ para controlar sentimentos sobre sua aparência? Isto inclui evitar olhar para você, vestido ou sem roupas, diretamente ou em espelhos.” Quantifique o número de dias durante o último mês em que a pessoa evitou olhar para o problema com a intenção de controlar sentimentos sobre sua aparência.	0) nenhuma inibição de olhar para corpo. 1) 1-3 vezes/mês. 2) 4-7 vezes/mês ou evitou uma ou duas vezes em cada semana. 3) 8-11 vezes/mês. 4) 12-16 vezes/mês ou evitou em metade dos dias. 5) 17-21 vezes/mês. 6) 22-28 vezes/mês ou evitou olhar para corpo diariamente ou quase diariamente.
31	Evitando que outras pessoas olhem para o seu corpo	“Durante o último mês, você tem evitado que outras pessoas vejam seu corpo sem roupas porque se sente incomodado com a sua aparência? Isto inclui não deixar seu cônjuge, parceiro, companheiro de quarto ou outras pessoas o(a) vejam sem roupas.”	0) nenhuma inibição de que outros o vejam com o corpo despido devido ao problema. 1) 2) evitou pouco. 3) 4) evitou com média frequência. 5) 6) evitou muito.
32	Comparação com outras pessoas	“Durante as últimas quatro semanas, você comparou seu(a) _____ com a aparência de outras pessoas ao redor de você ou de revistas ou televisão?”	0) nenhuma comparação com outras pessoas. 1) 1-3 vezes/mês. 2) 4-7 vezes/mês ou uma ou duas comparações em cada semana. 3) 8-11 vezes/mês. 4) 12-16 vezes/mês ou comparações em metade dos dias. 5) 17-21 vezes/mês. 6) 22-28 vezes/mês ou comparações diárias ou quase diárias.

Fonte: Jorge; et al. (2008)

**ANEXO D – PATIENT REPORTED OUTCOMES MEASUREMENT  
INFORMATION SYSTEM**

**PATIENT REPORTED OUTCOMES MEASUREMENT INFORMATION SYSTEM  
(PROMIS)**

Item	Questão Afirmativa	Resposta
Nos últimos 7 dias		
<b>105</b>	O meu sono foi tranquilo.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
<b>106</b>	O meu sono foi leve.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
<b>107</b>	O meu sono foi profundo.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
<b>108</b>	O meu sono foi agitado.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
<b>109</b>	A qualidade do meu sono foi...	<input type="radio"/> Muito fraca <input type="radio"/> Fraca <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Muito boa
<b>110</b>	Eu dormi o suficiente.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
<b>115</b>	Fiquei satisfeita com o meu sono.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
<b>116</b>	O meu sono foi reparador.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos

		<input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
125	Senti que estava péssima ao acordar.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
20	Tive problemas com o meu sono.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
42	Foi fácil para eu adormecer.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
44	Tive dificuldade em adormecer.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
45	Fiquei horas deitada na cama à espera de adormecer.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
50	Acordei muito cedo e não consegui voltar a dormir.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
65	Senti que estava fisicamente tensa ao deitar.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
67	Fiquei preocupada por não conseguir adormecer.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
68	Senti que estava preocupada ao deitar.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
69	Tive dificuldade em parar os meus pensamentos ao deitar.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco

		<input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
70	Senti tristeza ao deitar.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
71	Tive dificuldade em encontrar uma posição confortável para dormir.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
72	Fiz um grande esforço para adormecer.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
78	O estresse perturbou o meu sono.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
86	À noite virei-me e revirei-me na cama.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO
87	Tive dificuldade em permanecer dormindo	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
90	Dormi mal.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
92	Acordei e tive dificuldade em voltar a dormir.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Às vezes <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Sempre
93	Tive medo de não conseguir voltar a dormir depois de ter acordado.	<input type="radio"/> Nem um pouco <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> MUITÍSSIMO

Fonte: Fries; Bruce; Cella (2005); Costa et al. (2014).

ANEXO E – MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN)

	<h3>MARCADORES DE CONSUMO</h3>	DIGITADO POR:	DATA: / /
			FOLHA Nº:

<b>CNS DO PROFISSIONAL</b> _____ _____	<b>CBO</b> _____	<b>CNES*</b> _____	<b>INE</b> _____	<b>DATA:</b> / /
--	---------------------	-----------------------	---------------------	---------------------

CNS DO CIDADÃO:*	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Nome do Cidadão:*									
Data de nascimento:*	/	/	Sexo:*		<input type="radio"/> Feminino	<input type="radio"/> Masculino	Local de Atendimento:		

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,** GESTANTES E IDOSOS, ADOLESCENTES E ADULTOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? Sim <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não Sabe <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem, você consumiu:
	Feijão Sim <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não Sabe <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas) Sim <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não Sabe <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) Sim <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não Sabe <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) Sim <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não Sabe <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) Sim <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não Sabe <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Sim <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Não Sabe <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)  
Sim  
Não  
Não Sabe



Legenda: Opção múltipla de escolha

Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\*Campo obrigatório

\*\*Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

## ANEXO F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

#### Parte 1

**1. Identificação do Juiz:**

**1.1. Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**1.2. Idade:**

**1.3 Profissão**

**1.4. Cidade de residência:**

**1.5. Endereço para correspondência:**

**1.6. Titulação:** ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

*1.6.1 Tema estudado:*

*1.6.2 Área de Estudo:*

**1.7. Atual ocupação:**

**1.8. Tempo de formação profissional:**

**1.9. Tempo de experiência profissional:**

**1.10. Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos no contexto da *Terminologia de Enfermagem* na forma de:**

( ) Monografia de graduação

( ) Monografia de especialização

( ) Dissertação

( ) Tese

( ) Artigos científicos

( ) Outros: \_\_\_\_\_.

Se sim, quais terminologias? \_\_\_\_\_.

**1.11. Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos relacionados a algum tipo de *Diagnóstico de Enfermagem sobre Síndrome Pós-Trauma*:**

( ) Monografia de graduação

( ) Monografia de especialização

( ) Dissertação

( ) Tese

( ) Artigos científicos

( ) Outros: \_\_\_\_\_.

**1.12. Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos no contexto da *Síndrome Pós-Trauma ou no contexto da Violência Contra a Mulher* na forma de:**

( ) Monografia de graduação

( ) Monografia de especialização

( ) Dissertação

( ) Tese

( ) Artigos científicos

( ) Outros: \_\_\_\_\_.

**1.13. Participa ou já participou de grupos/projetos de pesquisa com foco na temática Terminologias de Enfermagem e/ou sobre Violência Contra a Mulher?**

( ) Sim

( ) Não



Se sim, qual o nome do grupo/projeto? \_\_\_\_\_.  
 Por quanto tempo participou/participa do grupo/projeto? \_\_\_\_\_.

**1.14.** Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

- Hospital  
 Unidade Básica de Saúde  
 Instituição de Ensino  
 Outro: \_\_\_\_\_.

**1.15.** Utiliza ou já utilizou Diagnósticos de Enfermagem na sua prática profissional?

- Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_.  
 Não

**1.16.** Presta ou já prestou assistência a mulheres com problemas relacionados a algum tipo de violência perpetrada e/ou com algum Diagnóstico de enfermagem relacionado à Síndrome Pós-Trauma?

- Sim  
 Não

Se sim:

- Mulheres com problemas referentes à violência.  
 Mulheres que apresentaram sintomas referentes ao pós-trauma sofrido com a violência.  
 Mulheres com algum Diagnóstico de enfermagem relacionado ao diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma.  
 Mulheres que sofreram algum tipo de violência e com o diagnóstico de enfermagem relacionado ao diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma.

Em qual local? \_\_\_\_\_.

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

**1.17.** Já identificou o diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma em sua prática profissional?

- Nunca  
 Algumas vezes  
 Frequentemente

**1.18.** No ensino, ministra ou já ministrou disciplinas envolvendo o contexto de Diagnósticos de Enfermagem?

- Sim  
 Não

**1.19.** No ensino, ministra ou já ministrou disciplinas que abordem a temática da Violência Contra a Mulher?

- Sim  
 Não

**1.20.** Na sua prática profissional, você já identificou fatores que contribuem para manifestação da Síndrome Pós-Trauma?

- Sim  
 Não

Se sim, quais fatores foram identificados por você? \_\_\_\_\_.

## Parte 2

**2.1** A definição atual estabelecida pela NANDA-I é adequada para a etiqueta? Caso deseje, deixe sugestões no quadro abaixo da definição.

<b>Diagnóstico Síndrome Pós-Trauma (00141) (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021)</b>
Definição atual: <b>Resposta mal adaptada sustentada a um evento traumático e/ou opressivo.</b> Adequado: <b>Sim ( ) Não ( )</b>
Sugestões:

**2.2** A seguir, são apresentados os elementos identificados para o diagnóstico Síndrome Pós-Trauma (SPT). Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do elemento para o fenômeno do diagnóstico.

<b>FATORES ETIOLÓGICOS PARA SÍNDROME PÓS-TRAUMA (00141)</b> <i>Elementos que antecedem a manifestação do fenômeno</i>	
<b>Legenda: 1 (nada relevante) 2 (pouco relevante) 3 (moderadamente relevante) 4 (parcialmente relevante) 5 (totalmente relevante)</b>	
Caso algum item <b>não obtenha nota máxima</b> , se possível, utilize o espaço dos comentários para justificar sua avaliação.	
Agressão física	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Agressão sexual	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Agressão psicológica	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Trauma infantil (agressão física e psicológica; negligência física e psicológica; e agressão sexual)	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Idade inferior aos 40 anos	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Baixo nível de escolaridade	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Ausência de vínculo empregatício	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Baixo nível de status socioeconômico	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Suporte social inadequado*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Angústia da imagem corporal	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Comportamentos de evitação	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Severidade dos sintomas depressivos	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Histórico de depressão familiar	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
<b>NANDA-I</b>	
Força do ego diminuída	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Ambiente não condutivo às necessidades	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Senso de responsabilidade exagerado	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Perceber evento como traumático	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Comportamento autolesivo	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Papel de sobrevivente	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

\*Este elemento pertence ao diagnóstico da NANDA-I.

<b>INDICADORES CLÍNICOS PARA SÍNDROME PÓS-TRAUMA (00141)</b> <i>Elementos consequentes, que se revelam na manifestação do fenômeno</i>	
<b>Legenda: 1 (nada relevante) 2 (pouco relevante) 3 (moderadamente relevante) 4 (muito relevante) 5 (totalmente relevante)</b>	
Caso algum item <b>não obtenha nota máxima</b> , se possível, utilize o espaço dos comentários para justificar sua avaliação.	
Desesperança (00124) **	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Baixa Autoestima Situacional (00120)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Automutilação (00151)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Ansiedade (00146) **	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Sobrecarga de Estresse (00177)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Enfrentamento Ineficaz (00069)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Fadiga (00093)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Regulação de Humor Prejudicada (00241)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Distúrbio na Imagem Corporal (00118)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Insônia (00095)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Obesidade (00232)*	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Medo (00148) **	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Ideação paranoica	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Hostilidade	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Compulsão alimentar	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
<b>NANDA-I</b>	
Comportamentos agressivos	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Alienação	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Atenção alterada	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Humor alterado	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Comportamentos de evitação	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Comportamento compulsivo	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Negação	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Sintomas depressivos	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Amnésia dissociativa	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Enurese	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Resposta de sobressalto exagerado	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Expressa raiva	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Expressa dormência	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Expressa vergonha	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
<i>Flashbacks</i>	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Irritabilidade gastrointestinal	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Cefaleia	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Palpitações cardíacas	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Horror	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Hipervigilância	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Sonhos intrusivos	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Pensamentos intrusivos	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Humor irritável	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Irritabilidade neurosensorial	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Pesadelos	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Ataques de pânico	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Raiva	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Relata que se sente culpada	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Repressão	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )
Uso abusivo de substâncias	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

\*Diagnósticos de enfermagem pertencentes à NANDA-I com seus devidos códigos;

\*\*Diagnósticos de enfermagem pertencentes à NANDA-I e ao diagnóstico da Síndrome Pós-Trauma com seus devidos códigos.

**Comentários:**

## ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### PARECER DO COMITÊ CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME PÓS-TRAUMA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

**Pesquisador:** Yanka Alcântara Cavalcante

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47351021.2.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.817.969

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico para validação do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma (SPT), por meio da análise de conteúdo de profissionais juízes nas áreas de interesse do estudo. Será adotado o Teorema da Diversidade Preditiva, definido como a associação entre o aumento da diversificação dos níveis dos especialistas escolhidos, à melhoria da precisão de suas inferências, com enfoque na sabedoria coletiva, onde a abordagem emprega o conhecimento coletivo do grupo de especialistas para determinar a adequação dos elementos e suas definições ao diagnóstico de interesse (SPT). Tal melhoria das inferências deve-se à questão de um erro individual de um dos especialistas ser amenizado diante do julgamento coletivo, a partir de níveis de conhecimento diferenciados (LOPES; SILVA, 2016). Critérios de Inclusão: a experiência prática, tempo de atuação na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres vítimas de violência; tempo em grupo de pesquisa sobre diagnósticos e/ou cuidado ou acompanhado de mulheres vítimas de violência; e experiência acadêmica, definida pelo conhecimento científico dividido em três subtópicos (titulação do especialista, temática do trabalho da titulação em diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres vítimas de violência, e produção científica nos temas de diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres vítimas de violência. Assim, serão 47 juízes.

Será enviada uma Carta Convite com explicação sobre a pesquisa por correspondência eletrônica,

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Telefone:** (85)3366-8344

**Município:** FORTALEZA

**CEP:** 60.430-275

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.817.969

com espera de 15 dias para reenvio da resposta quanto ao aceite ou rejeição à pesquisa. A Plataforma Lattes será adotada para fins de coleta dos dados necessários para a pontuação final e classificação dos selecionados. O compartilhamento do instrumento de coleta de dados será realizado via grupos de profissionais pelo aplicativo Whatsapp e via e-mail, caso necessário. A técnica de amostragem empregada será não-probabilística do tipo intencional. Será solicitado aos juízes que recomendem outros profissionais com experiência prática e acadêmica em diagnósticos ou no cuidado e acompanhado de mulheres vítimas de violência, formando uma técnica de amostragem não-probabilística do tipo bola-de-neve. Após aceite pela Carta Convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será enviado. Os juízes responderão às questões propostas no instrumento de coleta de dados enviadas em formato de Formulários Google, dividido em: identificação do participante e perguntas sobre o diagnóstico. O tempo de estimo para o reenvio do material (TCLE, Termo de Pós-Consentimento e Instrumento de Coleta) será de 30 dias, a partir da data de envio pela pesquisadora. Caso haja atraso, serão enviados e-mails para a devida resposta do instrumento ou a desistência da pesquisa.

Os dados serão compilados em planilhas pelo programa Microsoft Office Excel versão 2019 e analisados com o apoio do software R versão 4.0.3. A análise descritiva consistirá em cálculos de frequências absolutas e relativas e intervalos de confiança de 95% para variáveis nominais. Serão realizados cálculos de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartilico) para variáveis quantitativas. O teste de normalidade de Shapiro-Wilk será aplicado, para fins de verificação da aderência dos dados coletados ao seguimento da distribuição normal padronizada. A análise da validade de

conteúdo dos elementos que compõem o diagnóstico de SPT será desenvolvida por meio do cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC), o qual afere a concordância do público-alvo à representatividade dos itens em relação ao conteúdo em estudo. O cálculo será baseado no Teorema da Diversidade Preditiva, onde a avaliação dos juízes será ponderada de acordo com o seu nível de especialidade. Estimativas de média e mediana ponderada das avaliações serão calculadas e a estimativa do IVC será a identificação de normalidade ou não normalidade na distribuição das estimativas. Serão adotados intervalos de confiança de 95% para cada mediana ponderada, assim como a aplicação do Teste de Wilcoxon para mediana ponderada, com o valor de referência para hipótese nula com valor IVC acima ou igual a 0,90. Deste modo, será considerada/aceita a hipótese nula de que os dados seguem a distribuição normal se o Teste de Wilcoxon obter um valor p maior que 0,05.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar, por meio das respostas dos juízes, a validade de conteúdo dos elementos-chave

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000**Bairro:** Rodolfo Teófilo**CEP:** 60.430-275**UF:** CE**Município:** FORTALEZA**Telefone:** (85)3366-8344**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.817.969

pertencentes ao diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Para a pesquisadora, os riscos são mínimos e envolve o constrangimento aos participantes e/ou mudança da rotina diária. Desta forma, será assegurada a confidencialidade das informações, assim como o tempo adequado para avaliação da estrutura diagnóstica.

Benefícios: Para a autora, o estudo pode contribuir para maior conhecimento científicos na área dos diagnósticos de enfermagem e apoio ao profissional enfermeiro, que atua na assistência e cuidados de mulheres vítimas de violência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se à assistência às mulheres vítimas de violência.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1759271.pdf	25/05/2021 14:19:07		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	carta_de_apreciacao_coordenador_cep.PDF	25/05/2021 13:48:57	Yanka Alcântara Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_juizes.docx	25/05/2021 13:48:00	Yanka Alcântara Cavalcante	Aceito
Declaração de	declaracao_de_concordancia_pesquis	25/05/2021	Yanka Alcântara	Aceito

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**CEP:** 60.430-275

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.817.969

concordância	adora_orientador.PDF	13:46:32	Cavalcante	Aceito
Orçamento	declaracao_de_orcamento_yanka_alcantara_cavalcante.PDF	25/05/2021 13:34:01	Yanka Alcântara Cavalcante	Aceito
Cronograma	declaracao_cronograma_pesquisa.PDF	25/05/2021 13:33:45	Yanka Alcântara Cavalcante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_validacao_conteudo.docx	25/05/2021 13:33:23	Yanka Alcântara Cavalcante	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Yanka_Alcantara_Cavalcante.pdf	25/05/2021 13:32:16	Yanka Alcântara Cavalcante	Aceito
Outros	carta_convite_juizes.pdf	20/05/2021 11:47:07	Yanka Alcântara Cavalcante	Aceito
Outros	anexo_a_instrumento_de_coleta_dados.docx	20/05/2021 11:46:45	Yanka Alcântara Cavalcante	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 30 de Junho de 2021

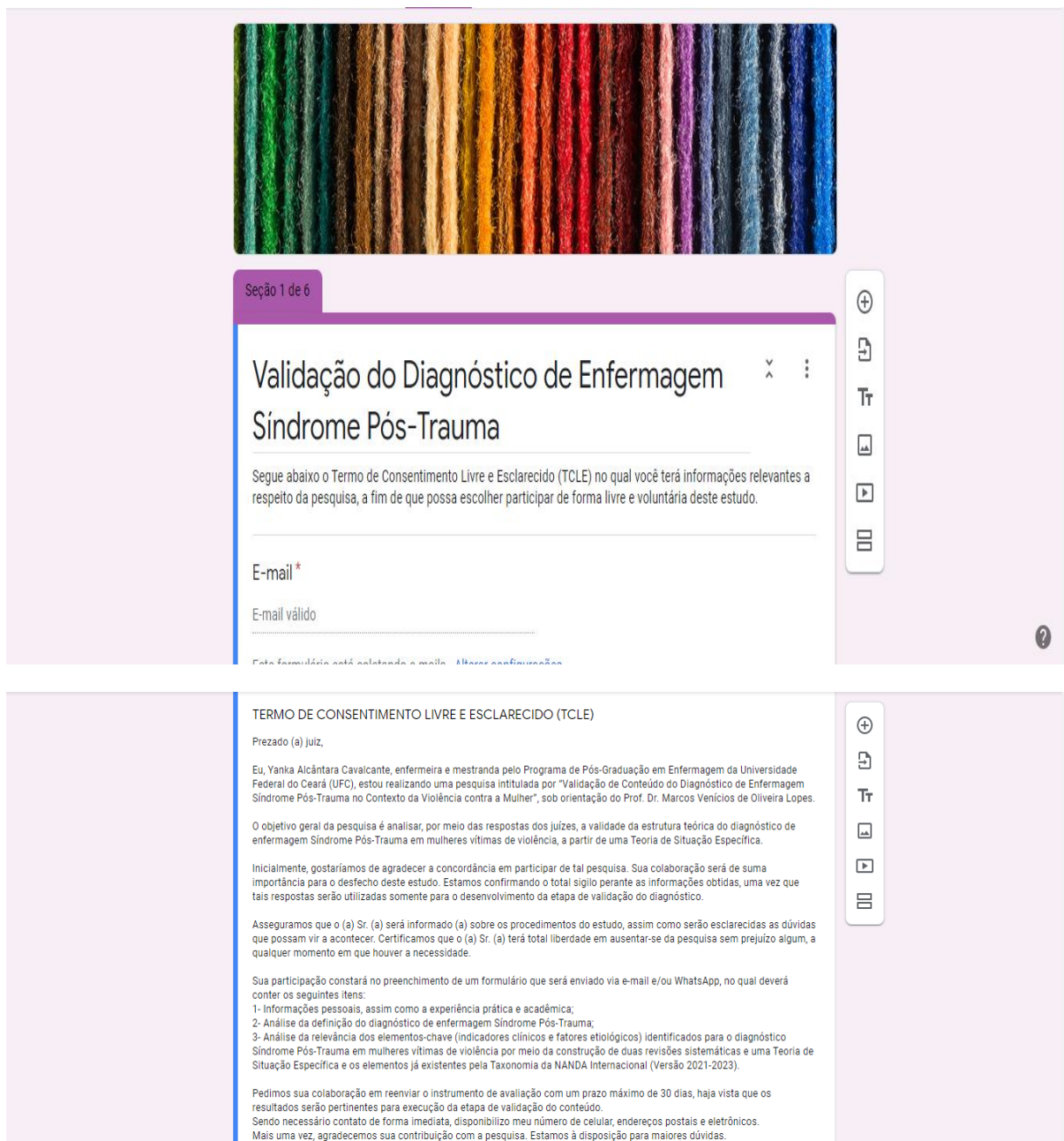
Assinado por:

**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador(a))



## ANEXO H – INSTRUMENTO GOOGLE FORMS

### Instrumento para Coleta de Dados (*Google Forms*)



Seção 1 de 6

## Validação do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma

Segue abaixo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual você terá informações relevantes a respeito da pesquisa, a fim de que possa escolher participar de forma livre e voluntária deste estudo.

E-mail\*

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) juiz,

Eu, Yanka Alcântara Cavalcante, enfermeira e mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou realizando uma pesquisa intitulada por "Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma no Contexto da Violência contra a Mulher", sob orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

O objetivo geral da pesquisa é analisar, por meio das respostas dos juízes, a validade da estrutura teórica do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência, a partir de uma Teoria de Situação Específica.

Inicialmente, gostaríamos de agradecer a concordância em participar de tal pesquisa. Sua colaboração será de suma importância para o desfecho deste estudo. Estamos confirmando o total sigilo perante as informações obtidas, uma vez que tais respostas serão utilizadas somente para o desenvolvimento da etapa de validação do diagnóstico.

Asseguramos que o (a) Sr. (a) será informado (a) sobre os procedimentos do estudo, assim como serão esclarecidas as dúvidas que possam vir a acontecer. Certificamos que o (a) Sr. (a) terá total liberdade em ausentar-se da pesquisa sem prejuízo algum, a qualquer momento em que houver a necessidade.

Sua participação constará no preenchimento de um formulário que será enviado via e-mail e/ou WhatsApp, no qual deverá conter os seguintes itens:

- 1- Informações pessoais, assim como a experiência prática e acadêmica;
- 2- Análise da definição do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma;
- 3- Análise da relevância dos elementos-chave (indicadores clínicos e fatores etiológicos) identificados para o diagnóstico Síndrome Pós-Trauma em mulheres vítimas de violência por meio da construção de duas revisões sistemáticas e uma Teoria de Situação Específica e os elementos já existentes pela Taxonomia da NANDA Internacional (Versão 2021-2023).

Pedimos sua colaboração em reenviar o instrumento de avaliação com um prazo máximo de 30 dias, haja vista que os resultados serão pertinentes para execução da etapa de validação do conteúdo.

Sendo necessário contato de forma imediata, disponibilizo meu número de celular, endereços postais e eletrônicos.

Mais uma vez, agradecemos sua contribuição com a pesquisa. Estamos à disposição para maiores dúvidas.

Nome da Pesquisadora: Yanka Alcântara Cavalcante  
 Endereço: Rua Valdemiro Cavalcante, 600 – Fortaleza, CE.  
 Telefone (celular): (88) 9.8803-1785  
 E-mail: yankacavalcante77@gmail.com

Nome do Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPEQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPEQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Tal pesquisa foi aprovada sob o número de parecer 4.817.969.

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 6

## Termo de Pós-Consentimento Livre e Esclarecido

Descrição (opcional)

Declaro que, após esclarecido (a) pela pesquisadora e compreendendo aquilo que foi explicado a mim, concordo em participar do estudo intitulado por "Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma no Contexto da Violência contra a Mulher". \*

Sim

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção

Seção 3 de 6

## Parte 1 - Identificação do Juiz

Nesta seção, solicitamos que você responda às seguintes perguntas sobre suas informações sociais, formação acadêmica, experiência profissional e de pesquisa.

1. Sexo \*

Feminino

Masculino

Não-binário

Outros...

Seção 4 de 6

## Parte 2 - Análise de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma

Nessa seção, sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação da definição do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma.

\* Diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma (Código 00141) \*

DEFINIÇÃO (NANDA 2021-2023): Uma resposta mal adaptada a um evento traumático e/ou opressivo.

1. Considera adequada a definição do diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma? \*

Sim

Não, precisa ser feito uma revisão

1.2 Se considera necessária haver uma revisão da definição do diagnóstico, por favor, escreva suas sugestões.

Texto de resposta longa

Após a seção 4 Continuar para a próxima seção

Seção 5 de 6

## Análise dos fatores etiológicos para o diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma

Nessa seção, você deverá julgar a representatividade dos fatores etiológicos para o diagnóstico por meio de valores pré-estabelecidos. As definições conceituais e operacionais foram enviadas em anexo para serem consultadas na necessidade de dissipar quaisquer dúvidas.

\* Atenção: Fatores etiológicos são elementos antecedentes, que favorecem a manifestação da Síndrome Pós-Trauma.

\* Legenda: 1 (nada relevante); 2 (pouco relevante); 3 (moderadamente relevante); 4 (muito relevante) e 5 (totalmente relevante).

\* Caso algum item não obtenha nota máxima, se possível, utilize o espaço abaixo para justificar sua avaliação.

1. Agressão física \*

Nada relevante

Pouco relevante

Moderadamente relevante

Muito relevante

Totalmente relevante

Comentários/Sugestões:

Texto de resposta longa

Seção 6 de 6

## Análise dos indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem Síndrome Pós-Trauma

Nessa seção, você deverá julgar a representatividade dos indicadores clínicos para o diagnóstico por meio de valores pré-estabelecidos. As definições conceituais e operacionais foram enviadas em anexo para serem consultadas na necessidade de dissipar quaisquer dúvidas.

\* Atenção: Indicadores clínicos são elementos consequentes, que se manifestam na presença do fenômeno, ou seja, quando o indivíduo tem a Síndrome Pós-Trauma.

\* Legenda: 1 (nada relevante); 2 (pouco relevante); 3 (moderadamente relevante); 4 (muito relevante) e 5 (totalmente relevante).

\* Caso algum item não obtenha nota máxima, se possível, utilize o espaço abaixo para justificar sua avaliação.

1. Desesperança \*

Nada relevante

Pouco relevante

Moderadamente relevante

Muito relevante

Totalmente relevante

Comentários/Sugestões:

Texto de resposta longa

⊕  
📄  
Tt  
📄  
▶  
📄