

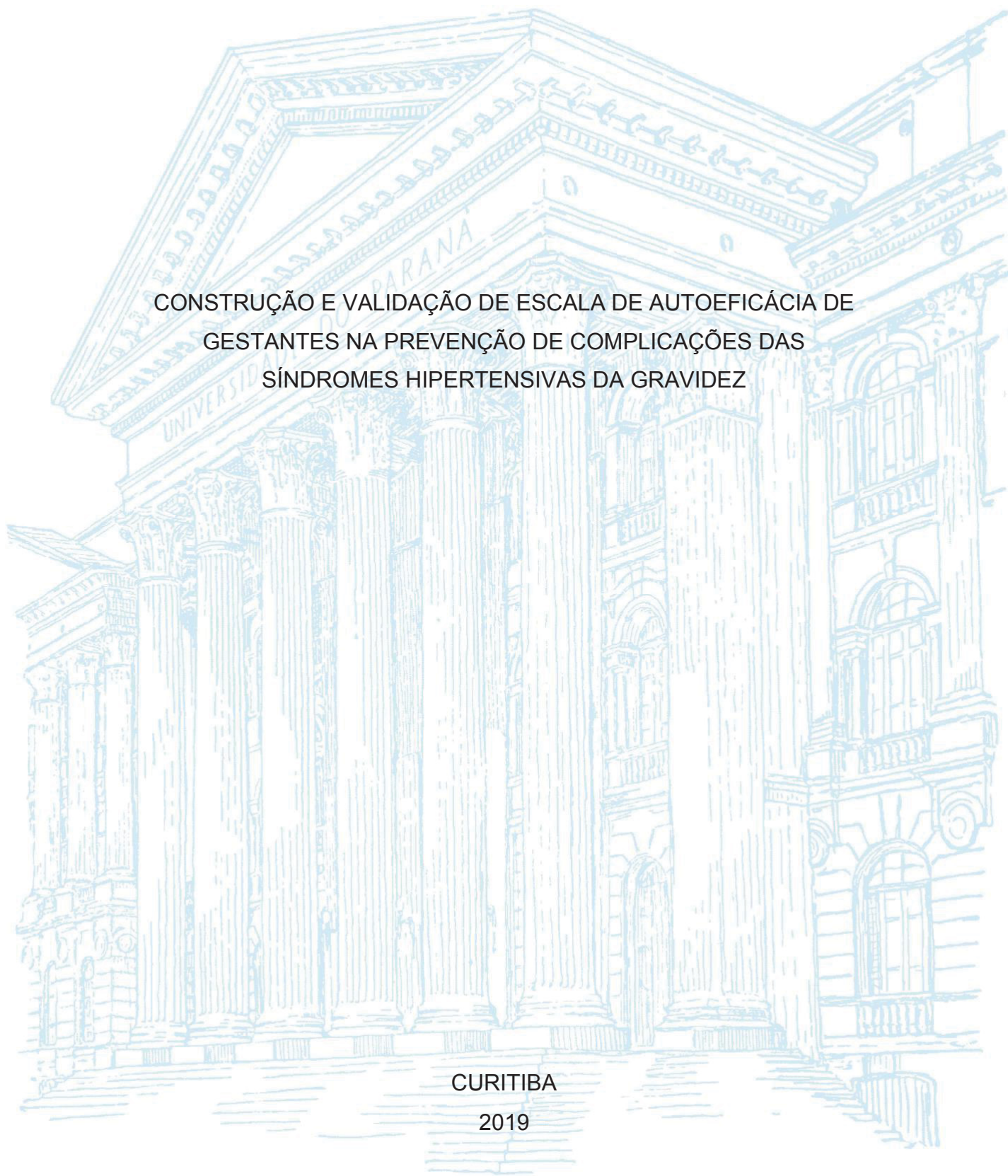
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉA CRISTINA DE MORAIS CHAVES THULER

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE
GESTANTES NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ

CURITIBA

2019



ANDRÉA CRISTINA DE MORAIS CHAVES THULER

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE
GESTANTES NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES
HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall.
Coorientadora: Profa. Dra. Silvana R. R. K. Souza

CURITIBA

2019

Thuler, Andréa Cristina de Moraes Chaves

Construção e validação de escala de autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez [recurso eletrônico] / Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler – Curitiba, 2019.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.
Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall
Coorientadora:
Professora Dra. Silvana R. R. K. Souza

1. Hipertensão. 2. Gestantes. 3. Autoeficácia. 4. Pesquisa metodológica. 5. Estudos de validação. I. Wall, Marilene Loewen. II. Souza, Silvana, R. R. K. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.7367




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **ANDRÉA CRISTINA DE MORAIS CHAVES THULER**, intitulada: **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SINDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ**, sob orientação da Profa. Dra. MARILENE LOEWEN WALL, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

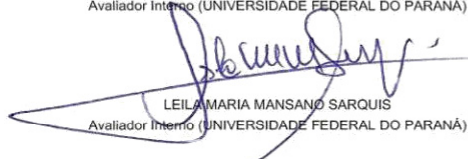
Curitiba, 27 de Novembro de 2019.


MARILENE LOEWEN WALL
Presidente da Banca Examinadora


IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL
Avaliador Externo (FACULDADES REQUENO PRÍNCIPE)


MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)


CANDIDA CANIÇALI PRIMO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)


LEILA MARIA MANSANO SARQUIS
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Ao meu companheiro de caminhada, *Reginaldo*, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem quer trilhar novos caminhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade da vida.

À Universidade Federal do Paraná, entidade que preza pela excelência no ensino e na pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, representado por seus professores e servidores. Todos contribuíram direta ou indiretamente para minha formação; o apoio, incentivos e oportunidades que recebi foram essenciais para que eu escolhesse os melhores caminhos na construção desta tese.

À Profa Dra. Marilene Loewen Wall, minha orientadora querida, compartilhou comigo muito mais do que seus extensos conhecimentos teóricos e expertise, foi conselheira e motivadora.

À Profa Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza, minha co-orientadora agradeço pelas palavras de incentivo e apoio.

Ao Hospital das Clínicas, representado pelos seus servidores e funcionários, obrigado pela acolhida durante meu período de coleta de dados. Em especial a Enf. Rozeli (Ambulatório de Pré-Natal Alto risco), pelo apoio e incentivo.

Às gestantes que participaram da minha pesquisa, gratidão.

Aos juízes, muito obrigada pelas contribuições fundamentais para a conclusão deste estudo e para o crescimento da enfermagem.

Aos colegas deste percurso acadêmico, pelo apoio, contribuições e encorajamentos.

À minha família, pela compreensão, apoio, incentivo e colaboração em todos os sentidos.

Ao meu filho Rafael, obrigada pela compreensão nos momentos de ausência.

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente comigo neste caminhar e ao longo de todo o meu processo de crescimento humano e profissional, o meu muito obrigada!

"Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante" (Charles Chaplin).

RESUMO

A autoeficácia das gestantes em relação à capacidade de prevenir-se das complicações das síndromes hipertensivas da gravidez é relevante para a promoção da sua saúde. Objetivou-se construir e validar escala para mensurar a autoeficácia de gestantes em prevenir as complicações das síndromes hipertensivas da gravidez, elaborar seus itens e suas dimensões, avaliar as propriedades psicométricas de validade e de confiabilidade do instrumento. Tratou-se de um estudo metodológico, adotando-se o polo teórico, experimental e analítico para a construção de escalas, propostos por Pasquali. No polo teórico, foi identificado e se aprofundou o construto de interesse síndrome hipertensiva da gravidez, para tanto se realizou um levantamento bibliográfico, utilizando os descritores “*hypertension*” AND “*pregnancy*” associados ao termo qualificador “*prevention*” nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS e CINAHL. A síntese de 75 estudos selecionados norteou a construção de uma miniteoria, formando a primeira versão da escala, com 39 itens, e a identificação de três domínios: tratamento medicamentoso, assistência ao pré-natal e estilo de vida. Iniciou-se a validação de conteúdo dos 39 itens, submetendo-os à avaliação de quatro juízes, considerados experts na área do construto. Realizados os cálculos do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), e as alterações sugeridas pelos participantes do polo teórico, obtiveram-se 31 itens. Mais uma vez submeteu-se a realização do IVC, e as alterações, sugeridas pelos participantes do polo teórico, deu origem a um instrumento-piloto composto por 26 itens. A análise semântica e o instrumento-piloto foram realizados com a participação de 30 gestantes, que aprovaram o instrumento. No polo experimental, a amostra foi de 262 gestantes, que realizaram acompanhamento no ambulatório de pré-natal em um hospital escola de referência para gestações de alto risco. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2018 a abril de 2019. Utilizou-se, além do instrumento-piloto da escala com 26 itens, um formulário abordando dados sociodemográficos e de antecedentes obstétricos. No polo analítico, encontram-se a validade de construto e de critério, realizada a análise fatorial e o alfa de Cronbach. A validade de construto, por meio da análise fatorial, indicou a necessidade de exclusão de nove itens e a existência de sete fatores/domínios: tratamento medicamentoso, com 4 itens; assistência pré-natal, com três itens; intervenção baseada no senso comum com três itens; entendimento das recomendações com apoio familiar, estilo de vida e intervenção dietética com dois itens cada e cuidado de si, com um item. Concluiu-se neste estudo que a escala é válida, confiável e capaz de avaliar a autoeficácia de gestantes na prevenção das complicações das síndromes hipertensivas, uma ferramenta de baixo custo financeiro para uso de profissionais de saúde no direcionamento dos cuidados individualizados às gestantes com Síndrome Hipertensiva da Gravidez.

Palavras-chave: Hipertensão. Gestantes. Autoeficácia. Pesquisa Metodológica. Estudos de Validação.

ABSTRACT

The self-efficacy of pregnant women in relation to their ability to prevent complications of pregnancy hypertensive syndromes is relevant for the promotion of their health. The objective was to construct and validate a scale to measure the self-efficacy of pregnant women in preventing the complications of pregnancy hypertensive syndromes, elaborate their items and their dimensions, evaluate the psychometric properties of validity and reliability of the instrument. It was a methodological study, adopting the theoretical, empirical and analytical pole for the construction of scales, proposed by Pasquali. In the theoretical pole, it was identified and deepened the construct of interest hypertensive pregnancy syndrome, so a bibliographic survey was carried out, using the descriptors "hypertension" AND "pregnancy" associated with the term qualifier "prevention" in the MEDLINE, LILACS databases. , SciELO, SCOPUS and CINAHL. The synthesis of 75 selected studies guided the construction of a minority, forming the first version of the scale, with 39 items, and the identification of three domains: drug treatment, prenatal care and lifestyle. The content validation of the 39 items began, submitting them to the evaluation of four judges, considered experts in the area of the construct. Performing the calculations of the Content Validity Index (CVI), and the changes suggested by the participants of the theoretical pole, we obtained 31 items. Once again, the CVI was submitted, and the changes suggested by the participants of the theoretical pole gave rise to a pilot instrument composed of 26 items. The semantic analysis and the pilot instrument were performed with the participation of 30 pregnant women, who approved the instrument. At the empirical pole, the sample consisted of 262 pregnant women, who will be followed up at the prenatal outpatient clinic of a high-risk pregnancy reference hospital. Data were collected from October 2018 to April 2019. In addition to the 26-item scale pilot instrument, a form addressing sociodemographic and obstetric background data was used. In the analytical pole, the construct and criterion validity are found, being performed the factor analysis and Cronbach's alpha. Construct validity through factor analysis indicated the need to exclude nine items and the existence of seven factors / domains: drug treatment with 4 items; prenatal care, with three items; common sense intervention with three items; understanding of recommendations with family support, lifestyle and dietary intervention with two items each and self-care with one item. It was concluded in this study that the scale is valid, reliable and able to evaluate the self-efficacy of pregnant women in the prevention of complications of hypertensive syndromes, being a tool for the use of low-cost health professionals to direct individualized care to pregnant women with hypertensive syndrome. of pregnancy.

Keywords: Hypertension. Pregnant Women. Self-efficacy. Methodological Research. Validation Studies.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - RECIPROCIDADE TRIÁDICA DO COMPORTAMENTO	38
FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE EXPECTATIVA DE AUTOEFÍACIA E EXPECTATIVA DE RESULTADO	39
FIGURA 3 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	45
FIGURA 4 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS TEÓRICOS PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	46
FIGURA 5 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	50
FIGURA 6 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	51
FIGURA 7 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS ETAPAS NA CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ.	54
FIGURA 8 – FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA, PARANÁ, 2019.....	57
FIGURA 9 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO NÚMERO DE ITENS, DE ACORDO COM CADA VERSÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES NA PREVENÇÃO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ CONFORME OS PROCEDIMENTOS TEÓRICOS, PARANÁ, 2019	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS CONSIDERADOS CLAROS E COMPREENSÍVIES PARA OS JUÍZES AVALIADORES, PARANÁ, 2019.	90
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - RECOMENDAÇÕES DA PRÁTICA CLÍNICA PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DA PRÉ-ECLÂMPSIA E DA ECLÂMPSIA (PE/E) DURANTE OS CUIDADOS PRÉ-NATAIS.....	30
QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA, PARANÁ, 2019.....	88
QUADRO 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES PARTICIPANTES DO ESTUDO, PARANÁ, 2019.....	89
QUADRO 4 - RELAÇÃO DOS ITENS QUE FORAM CONSIDERADOS PERTINENTES À CONFIANÇA DAS GESTANTES NA PREVENÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ, SEGUNDO JUÍZES/ESPECIALISTAS, PARANÁ, 2019.....	91
QUADRO 5 - AVALIAÇÃO DOS ITENS QUANTO AS FONTES DE AUTOEFICÁCIA, SEGUNDO OS JUÍZES/ESPECIALISTAS, PARANÁ, 2019.	92
QUADRO 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO À PRIMEIRA E À SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA, PARANÁ,2019.....	95
QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA APÓS O APROFUNDAMENTOS DO POLO TEÓRICO E APÓS VALIAÇÃO DOS JUÍZES, PARANÁ,2019.....	99
QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO A SEGUNDA E A TERCEIRA VERSÃO DA ESCALA, PARANÁ, 2019.....	103
QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO A SEGUNDA E A TERCEIRA VERSÃO DA ESCALA, PARANÁ, 2019.....	104
QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO A SEGUNDA E A TERCEIRA VERSÃO DA ESCALA. PARANÁ, 2019.....	105
QUADRO 9 - AVALIAÇÃO DOS ITENS QUANTO ÀS FONTES DE AUTOEFICÁCIA, SEGUNDO OS JUÍZES/ESPECIALISTAS. PARANÁ, 2019.....	106

QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA APÓS O APROFUNDAMENTO DO POLO TEÓRICO E APÓS A REUNIÃO DE CONSENSO DOS JUÍZES. PARANÁ,2019.	108
QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA APÓS O APROFUNDAMENTO DO POLO TEÓRICO E APÓS A REUNIÃO DE CONSENSO DOS JUÍZES. PARANÁ,2019.	109
QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS SEGUNDO OS FATORES, A CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A TEORIA E OS JUÍZES. CURITIBA/PR 2019.....	137
QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS SEGUNDO OS FATORES, A CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A TEORIA E OS JUÍZES, PARANÁ, 2019.....	138
QUADRO 12 - DESCRIÇÃO DO ITEM E CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A TEORIA, JUÍZES E ANÁLISE FATORIAL DOS DOMÍNIOS DA EASHG, PARANÁ, 2019.....	140
QUADRO 13 - NORMATIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE AUTOEFICÁCIA, DE ACORDO COM OS VALORES OBTIDOS PELAS GESTANTES NA EASHG. CURITIBA/PR, 2019.....	148

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS SEGUNDO QUINQUÊNIOS, PARANÁ, 2019.	77
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS SEGUNDO VARIÁVEL EVIDENCIADAS PELOS ESTUDOS, PARANÁ, 2019.....	77
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÍNDICES DE VALIDADE DE CONTEÚDO INDIVIDUAIS DE CADA ITEM (I-CVI), DE ACORDO COM A PRIMEIRA ANÁLISE DOS JUÍZES/ESPECIALISTAS, PARANÁ, 2019.....	93
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÍNDICES DE VALIDADE DE CONTEÚDO DE CADA ITEM (I-CVI), OBTIDOS NA SEGUNDA ANÁLISE DOS JUÍZES/ESPECIALITAS. PARANÁ, 2019.....	101
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÍNDICES DE VALIDADE DE CONTEÚDO DE CADA ITEM (I-CVI), OBTIDOS NA SEGUNDA ANÁLISE DOS JUÍZES/ESPECIALITAS, PARANÁ, 2019.....	102
TABELA 6 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.....	111
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA EM GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.	113
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA EM GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.	114
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DS GESTANTES COM DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.	116
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DS GESTANTES COM DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.	117
TABELA 11 - ADEQUAÇÃO AMOSTRAL DE ACORDO COM A MEDIDA KAISER-MEYER-OLKIN (KMO).....	120
TABELA 12 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO - PRIMEIRA RODADA, PARANÁ, 2019	122

TABELA 13 - ANÁLISE FATORIAL – VALORES ABSOLUTOS E PERCENTUAIS DA VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS FATORES. PARANÁ, 2019.	123
TABELA 14 - MATRIZ <i>QUARTIMAX</i> NÃO ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.	124
TABELA 15 - MATRIZ <i>QUARTIMAX</i> ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.	125
TABELA 16 - ANÁLISE DE COMUNALIDADE DOS FATORES. PARANÁ, 2019.	126
TABELA 17 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO - SEGUNDA RODADA, PARANÁ, 2019.	128
TABELA 18 - ANÁLISE FATORIAL – VALORES ABSOLUTOS E PERCENTUAIS DA VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS FATORES, PARANÁ, 2019.	129
TABELA 19 - MATRIZ <i>VARIMAX</i> NÃO ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.	129
TABELA 20 - MATRIZ <i>VARIMAX</i> ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.....	130
TABELA 21 - ANÁLISE DE COMUNALIDADE DOS FATORES, PARANÁ, 2019.	131
TABELA 22 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO - TERCEIRA RODADA, PARANÁ, 2019.	133
TABELA 23 - ANÁLISE FATORIAL – VALORES ABSOLUTOS E PERCENTUAIS DA VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS FATORES, PARANÁ, 2019.	134
TABELA 24 - MATRIZ <i>QUARTIMAX</i> NÃO ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG. PARANÁ, 2019.	134
TABELA 25 - MATRIZ <i>QUARTIMAX</i> ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.	135
TABELA 26 - ANÁLISE DE COMUNALIDADE DOS FATORES, PARANÁ, 2019.	136
TABELA 27 - CLASSIFICAÇÃO DA CONFIABILIDADE A PARTIR DO COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH.....	143

TABELA 28 - COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL, VALOR DE ALFA DO TOTAL DOS ITENS DA EASHG E VALORES DE ALFA SE O ITEM FOR EXCLUÍDO, PARANÁ, 2019.....	144
TABELA 29 - ALFA CRONBACH DOS DOMÍNIOS QUE COMPÕE A EASHG, PARANÁ, 2019.....	145
TABELA 30 - ESTATÍSTICA DE FIDEDIGNIDADE NO MÉTODO DAS METADES, PARANÁ, 2019.	146

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
MS	- Ministério da Saúde
BSES-VB	- Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira
SHG	- Síndrome Hipertensiva da Gravidez
IVC	- Índice de Validade de Conteúdo
PAS	- Pressão Arterial Sistólica
PAD	- Pressão Arterial Diastólica
mmHG	- Milímetro de mercúrio
PAD	- Pressão Arterial Diastólica
HELLP	- Haemolysis, Elevated Liver enzyme activit e Low Platelets
CID	- Coagulação Intravascular Diseminada
PE	- Pré-eclâmpsia
E	- Eclâmpsia
ASS	- Ácido acetilsalicílico
IMC	- Índice de Massa Corporal
APS	- Atenção Primária à Saúde
TSC	- Teoria Social Cognitiva
EASHG	- Escala de Autoeficácia de Gestantes na Prevenção de Complicações das SHG
DeCS	- Descritores em Ciências da Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
PRISMA	- Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
CEEO	- Curso de especialização de enfermagem Obstétrica
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
SPPS	- Software Statistical Package for Social Science
Excel	- Software Excel®
SVI-Ave	- Validade de Conteúdo de itens para todos os itens da escala
SCVI/UA	- Validade de Conteúdo de Itens Individuais
I-CVI	- Validade de Conteúdo dos Itens Individuais

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
HC - Hospital de Clínicas
UMRN - Unidade da Mulher e do Recém-nascido
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
CHC/UFPR - Complexo Hospital de Clínicas
NEPECHE - Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano
em Enfermagem
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KMO - Kaiser-Meyer-Olkin
CHC/UFPR - Complexo Hospital de Clínicas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 OBJETIVOS	27
1.1.1 Objetivo geral	27
1.1.2 Objetivos específicos.....	27
2 REVISÃO DE LITERATURA	28
2.1 SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ – SHG	28
2.2 POLÍTICAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES COMSHG ...	32
3 REFERENCIAL TEÓRICO	37
3.1 A TEORIA DA AUTOEFICÁCIA	37
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	43
4.1 PSICOMETRIA.....	43
4.2 MODELO TEÓRICO DE CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM.....	45
PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	45
4.2.1 Procedimentos Teóricos	46
4.2.1.1 Sistema Psicológico – Passo 1	47
4.2.1.2 Propriedade – Passo 2	47
4.2.1.3 Dimensionalidade – Passo 3	47
4.2.1.4 Definições – Passo 4.....	47
4.2.1.5 Operacionalização – Passo 5	48
4.2.1.6 Análise dos itens – Passo 6	49
4.2.2 Procedimentos Experimentais	50
4.2.2.1 Planejamento da Aplicação – Passo 7	50
4.2.2.2 Aplicação e Coleta – Passo 8.....	51
4.2.2.3 Procedimentos Analíticos	51
4.2.2.4 Dimensionalidade – Passo 9	51
4.2.2.5 Análise dos itens – Passo 10	52
4.2.2.6 Precisão do Instrumento – Passo 11	52
4.2.2.7 Estabelecimento de Normas – Passo 12.....	52
5 METODOLOGIA	53
5.1 TIPO DE ESTUDO E DELINEAMENTO.....	53

5.2 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS	55
5.2.1 Identificação e aprofundamento do construto “Prevenção de Complicações nas Síndromes Hipertensivas da Gravidez”	55
5.2.2 Operacionalização do construto	58
5.2.3 Análise dos itens	60
5.2.3.1 Validade de Conteúdo e Validade Aparente	60
5.2.3.2 Análise Semântica	65
5.3 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS	66
5.4 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	69
5.4.1 Dimensionalidade	69
5.4.1.1 Validade do Construto	70
5.5 NORMATIZAÇÃO	72
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	72
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
6.1 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS	74
6.1.1 Identificação e aprofundamento do construto “prevenção de complicações nas Síndromes Hipertensivas da Gravidez”	74
6.1.2 Itens da Escala e Primeira Rodada dos Juízes	87
6.1.3 Segunda Rodada dos Juízes.	101
6.1.4 Análise Semântica	110
6.2 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS	110
6.2.1 Pré-teste	110
6.2.2 Caracterização da Amostra	111
6.3 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	119
6.3.1 Dimensionalidade	119
6.3.2 Segunda Rodada da Análise Fatorial.	127
6.3.3 Terceira Rodada da Análise Fatorial	131
6.3.2 Fidedignidade	142
6.3.3 Análise da consistência interna	142
6.3.2 Normatização	148
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
8 REFERÊNCIAS	151
APÊNDICE 1 - MATRIZ DE ANÁLISE	172

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO	
JUÍZES/ESPECIALISTAS	175
APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE	176
APÊNDICE 4 – CARTA DE ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DOS INSTRUMENTOS.....	177
APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCALRECIDO – ESPECIALISTAS/JUÍZES	178
APÊNDICE 6 – SINOPSE SOBRE A TEORIA DE AUTOEFICÁCIA	180
APÊNDICE 7 – GUIA PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO AO CRITÉRIO DO ITEM	184
APÊNDICE 8 – FORMULÁRIO PARA AVALIÇÃO DA ESCALA QUANTO AOS CRITÉRIOS DOS ITENS	185
APÊNDICE 9 – INSTRUMENTO GUIA PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO A AUTOEFICÁCIA	192
APÊNDICE 10 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO A AUTOEFICÁCIA.....	193
APÊNDICE 11 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO AOS CRITÉRIO DOS ITENS E AUTOEFICÁCIA	207
APÊNDICE 12 – VERSÃO COM 26 ITENS DA ESCALA AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ (EASHG).....	219
APÊNDICE 13 – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DADOS OBSTÉTRICOS.	221
APÊNDICE 14 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTANTES	223
ANEXO 1 - PÁGINA INICIAL DO MANUSCRITO REVISÃO DE LITERATURA	225
ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	226

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem destaque entre os princípios e diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nas esferas municipal, estadual e federal. Esse fato tem como objetivo a redução dos agravos, de forma a abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção das doenças, o diagnóstico e o tratamento, bem como a reabilitação e a redução de danos, com a manutenção da saúde. Tais iniciativas são voltadas ao desenvolvimento da atenção integral para impacto na autonomia e na situação de saúde na esfera nacional (BRASIL, 2007; 2010).

Dessa forma, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade, o Ministério da Saúde (MS), por meio dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), reforça o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a redução da morbimortalidade (BRASIL, 2011a).

Os indicadores epidemiológicos do Brasil evidenciam padrões de morbimortalidade na população das mulheres com doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011a).

Em análise sistemática da Organização Mundial da Saúde (OMS), dados de 115 países apontaram que cerca de 73% de todas as mortes maternas foram devidas às causas obstétricas diretas, e as mortes por causas indiretas representaram 27% (SAY et al., 2014).

De acordo com o MS, a morte materna por causa obstétrica direta é definida como: complicações obstétricas na gravidez, no parto e puerpério e devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos que resultam em uma dessas causas. Já as mortes por causa obstétrica indiretas são resultantes de doenças pré-existentes ou que se desenvolveram durante a gravidez, e não devido às causas obstétricas diretas, contudo foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2001).

As Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG) são consideradas uma das complicações mais comuns do ciclo gravídico puerperal. A expressão “hipertensão na gravidez” recebe a designação geral de Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG). Dentre as SHG, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia são as que apresentam maiores complicações, pois estão

diretamente ligadas à assistência, tanto ao período gestacional, como no trabalho de parto e puerpério (MORAIS et al., 2013; NOVO, GIANINI, 2010; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2010).

Com análise da tendência da Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil, observa-se uma diminuição, entre 1990 e 2010, de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 68 mortes maternas por grupo de 100 mil nascidos vivos, uma queda de 52%. Relacionadas a esse índice, estão as causas obstétricas diretas, sendo que as síndromes hipertensivas são consideradas a primeira das causas (MORSE et al., 2011; BRASIL, 2012b). Esses resultados indicam a necessidade de garantir acesso aos serviços, respeitando a individualidade das mulheres em todas as fases da vida.

A possibilidade de identificação da SHG proporciona a promoção de uma assistência adequada e a antecipação de resultados satisfatórios. Aproximadamente 15% das gestações são caracterizadas como de alto risco e, segundo diretrizes do Ministério da Saúde (MS), quando identificado o alto risco gestacional, há indicação de tratamentos e acompanhamentos rigorosos, voltados para aspectos clínicos, obstétricos, socioeconômicos e emocionais, com o objetivo de alcançar uma gravidez e um parto saudáveis (BRASIL, 2010).

As complicações e os óbitos durante a gestação e parto são considerados, em sua maioria, preveníveis, e para que o ciclo gravídico-puerperal se desenvolva de forma tranquila e sem riscos, a assistência da equipe de saúde na atenção obstétrica deve identificar os fatores capazes de diminuir a morbimortalidade e atuar precocemente, garantindo a proteção da mulher e do feto (MORAIS et al., 2013).

A assistência ao pré-natal deve permitir avaliação dinâmica, identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante possa apresentar. O acompanhamento durante o pré-natal deverá ser individualizado, personalizado, portanto diferente em objetivo, conteúdo, número de consultas e tipo de equipe profissional que presta essa assistência (BRASIL, 2012a).

Apesar da ampliação da cobertura do acompanhamento do pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência da hipertensão arterial sistêmica, sendo a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2012a). Cenário este que poderá ser modificado

se, no decorrer da assistência, os profissionais de saúde estiverem atentos à singularidade e à autoeficácia das gestantes com SHG.

Sob esta ótica, recomenda-se a aplicação da autoeficácia no cuidado pré-natal, uma vez que esta estratégia promove o desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de inúmeras situações. Segundo Bandura (1977), a autoeficácia atua nas pessoas incentivando no desenvolvimento de habilidades para enfrentar as mais diversas situações.

A partir dos pressupostos teóricos de Bandura, pesquisadores têm desenvolvido diversas escalas que avaliam a autoeficácia do indivíduo nos mais diversos comportamentos, tais como a *Self-Efficacy Scale* (SHERER, et al., 1982); *Cultural Self-Efficacy Scale* (BERNAL; FROMAN, 1987), *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (ANDERSON et al., 1995), *Arthritis Self-efficacy Scale* (LORIG et al., 1989), *Breastfeeding Self Efficacy Scale* (DENNIS; FAUX, 1999), *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (ASGHARI; NICHOLAS, 2001) e *Insulin Management Diabetes Self-Efficacy Scale* (GASTAL; PINHEIRO; VAZQUEZ, 2007), Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (JOVENTINO; ORIÁ; SAWADA; XIMENES, 2013).

Em minha trajetória no mestrado, pude observar a autoeficácia de gestantes e puérperas em amamentar. Foi constatado que as médias dos escores da escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira (BSES-VB)* foram maiores durante o puerpério, demonstrando maior autoeficácia das mulheres após o nascimento do seu bebê. Outro ponto encontrado nesse estudo foi a utilização de educação em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal como estratégia fundamental para que ocorra o aumento da autoeficácia, podendo ser mensurado por meio da aplicação da *BSES-VB* na tentativa de reduzir as taxas de desmame precoce (CHAVES, 2014; THULER; WALL; SOUZA, 2018).

Na sequência, dentre os vários estudos identificados pelo método da revisão integrativa, não foi encontrado nenhum estudo que indicasse a construção ou a utilização de instrumento que pudesse ser aplicado às mulheres com a finalidade de mensurar a autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das SHG.

Mediante o conhecimento, a autoeficácia das gestantes na prevenção de complicações das SHG pode gerar ações que sejam aplicadas para estimular o autocuidado das gestantes.

A Psicometria, construto também chamado de traço latente ou objeto de estudo, tem como definição o conjunto de processos cognitivos necessários para a execução de uma tarefa. Este fato implica dizer que, conhecer como os sujeitos se comportam em termos de habilidades ao se depararem com uma nova situação, tende a se desenvolver novas técnicas e, assim, predizer suas chances de êxito na solução de problemas (PASQUALI, 2010).

Tendo em vista que a prevenção de complicações das SHG depende do conhecimento e a das atitudes das gestantes, torna-se evidente a relevância do presente estudo.

Acredita-se que a existência de instrumento válido e confiável será de grande relevância para que os profissionais de saúde possam promover os cuidados à saúde das gestantes e, assim, impactar positivamente nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.

Ressalta-se que durante o processo de elaboração de um instrumento de medidas, os aspectos quanto à validade e à confiabilidade são fundamentais. Validar é um processo de investigação que inicia juntamente com o processo de construção de um instrumento (PASQUALI, 2010). Para a construção dessa escala, contou-se com a colaboração de especialistas/juízes que fizeram a validação de conteúdo, com resultados analisados com o cálculo do índice de validade do conteúdo (IVC) e a validação aparente, na qual se emite juízo sobre o fato se o instrumento mediu o construto. Já a análise semântica foi realizada por gestantes que verificaram se os itens estavam compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina (PASQUALI, 2010, 2013).

O presente estudo justifica-se pela aplicabilidade, pois a utilização de uma escala que avalie a autoeficácia das gestantes para prevenir as complicações das SHG permitirá que profissionais de saúde possam conhecer previamente o domínio para o qual a gestante apresenta menor autoeficácia, possibilitando a implementação de estratégias que previnam as complicações das SHG. E, ainda, promoverá a saúde da gestante de forma individualizada, levando-se em consideração as particularidades de cada uma, corroborando a

Linha de Pesquisa do Grupo de Pesquisa – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE).

Ao contribuir com a melhoria do cuidado, esta pesquisa tem como objeto de estudo a prevenção de complicações das SHG. Para tanto, optou-se pela construção e validação de uma escala de autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das SHG.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Construir e validar escala para mensurar a autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.

1.1.2 Objetivos específicos

- Elaborar miniteoria para construção da escala de autoeficácia de gestantes na prevenção das síndromes hipertensivas.
- Identificar os itens e as dimensões da escala de autoeficácia de gestantes na prevenção das síndromes hipertensivas.
- Avaliar as propriedades psicométricas em termos de validade e normatização do instrumento.
- Caracterizar as participantes quanto ao perfil sociodemográfico, econômico e obstétrico das gestantes com síndromes hipertensivas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para contextualizar o tema proposto, fez-se necessário um aprofundamento da definição, apresentaram-se dados epidemiológicos e recomendações para SHG, além de um breve histórico sobre as Políticas de Atenção às Gestantes com SHG, bem como o Cuidado de Enfermagem. Para o desenvolvimento dessas duas seções, foi consultada a base de dados científicos da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, periódicos, manuais, legislação, políticas e diretrizes do SUS e sistemas de informação.

Para embasar esta pesquisa, fez-se uma busca em base de dados nacionais e internacionais com os descritores “*hypertension, pregnancy, prevention,*” utilizando operador booleano “*and*” entre eles, sem período específico para a procura dos artigos. Também foram incluídos cadernos e protocolos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

Optou-se por realizar uma revisão integrativa (THULER et al, 2018), a fim de buscar e sintetizar as evidências sobre o tema e, assim, realizar o primeiro procedimento para construção de escala proposto pela Psicometria, isto é, a construção dos itens.

2.1 SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ – SHG

A hipertensão arterial associada à gestação é uma condição frequente, com incidência que varia entre 5% a 10% (BRASIL, 2012a). Assim, a mortalidade por elevação dos níveis pressóricos durante a gestação constitui-se a principal causa de mortalidade materna no Brasil e deve ser investigada pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal, visando o diagnóstico e o tratamento precoces, além da redução dos efeitos negativos à saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2012a).

O diagnóstico de hipertensão arterial na gestação é realizado considerando a presença de PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg, considerando-se o 5º ruído de Korotkoff, confirmada por outra medida realizada com intervalo de 4 horas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2010). As variações pressóricas também devem ser acompanhadas, pois a presença de um aumento de 30mmHg na

sistólica ou 15mmHg na diastólica pode indicar hipertensão, dessa forma, faz-se necessário um acompanhamento para aferir a pressão arterial e uma maior frequência das consultas (BRASIL, 2010).

Será necessária a internação quando a gestante apresenta a pressão sistólica igual ou superior a 160-170 mmHg e a diastólica igual ou superior a 110 mmHg, será então implementado o tratamento anti-hipertensivo, avaliação do crescimento e vitalidade fetal e, muitas vezes, indicação de parto operatório antes da 37ª semana de gestação, tornando necessário o acompanhamento e a vigilância permanentes (BRASIL, 2010).

A hipertensão na gravidez pode ser classificada como pré-eclâmpsia, quando a hipertensão surge após a 20ª semana de gestação e está associada à proteinúria ($\geq 0,3\text{g}$ de proteína em urina de 24 horas ou $\geq 1+$ na fita em amostra de urina) (BRASIL, 2010). Enquanto a hipertensão crônica é identificada antes da gestação, ou antes da 20ª semana. A pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica é a condição a qual a paciente apresenta hipertensão prévia e apresenta proteinúria após 20ª semana de gestação (BRASIL, 2010).

A SHG é uma doença que não tem cura, exceto pela interrupção da gestação, podendo evoluir para síndrome HELLP (*Haemolysis, Elevated Liver enzyme activity e Low Platelets*) ou CID (Coagulação Intravascular Diseminada) (MORAIS et al., 2013; BRASIL, 2010). Essas condições são consideradas como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia e, se manejadas inadequadamente, poderão ocasionar a morte materna e a perinatal.

As SHG possuem impacto significativo nos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal (RAMOS; SASS; COSTA, 2017). No Brasil, é a principal causa de prematuridade, enquanto que entre as causas de mortes maternas por causas diretas, as doenças hipertensivas permanecem como principais, secundadas pelas hemorragias (SAY et al., 2014; RAMOS; SASS; COSTA, 2017). Estudos demonstraram a queda da Razão da Mortalidade Materna (RMM) em velocidade aquém do desejado e se mantém estagnada nos últimos anos, em padrão semelhante ao relatado na América Latina (SAY et al., 2014; MORSE et al., 2011). Com o agravante de que os dados brasileiros são subestimados e variam de acordo com as regiões do país (RAMOS; SASS; COSTA, 2017).

Estima-se que, no Brasil, em regiões mais desenvolvidas, a prevalência de eclâmpsia é de 0,2%, com taxa de mortalidade materna de 0,8%, enquanto que nas regiões menos favorecidas esta prevalência aumenta para 8,1%, com taxa de mortalidade materna correspondente a 22,0% (GIORDANO et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) recomenda para prevenção ou tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia (PE/E) a utilização de fármacos anti-hipertensivos durante os cuidados pré-natais, conforme QUADRO 1.

QUADRO 1 - RECOMENDAÇÕES DA PRÁTICA CLÍNICA PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DA PRÉ-ECLÂMPسيا E DA ECLÂMPسيا (PE/E) DURANTE OS CUIDADOS PRÉ-NATAIS.

Práticas Recomendadas	Práticas NÃO recomendadas	Implicação da prática
Suplementação de cálcio durante a gravidez nas zonas em que a ingestão de cálcio é baixa (<900mg/dia).	Suplementação de vitamina D durante a gravidez. Suplementação de cálcio durante a gravidez nas zonas em que a deficiência de cálcio não está presente.	Forneça cálcio a todas as mulheres com baixa ingestão de cálcio e dose baixa de ácido acetilsalicílico a grupos selecionados. Embora a suplementação de vitaminas possa ser útil para outras condições de saúde, não forneça vitaminas C,D ou E à gestantes com parte de uma estratégia para prevenção da PE/E.
Dose baixa de ácido acetilsalicílico (75mg) para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com alto risco de desenvolver a condição.	Suplementação individual ou combinada de vitamina C e E.	
Fármacos anti-hipertensivos para gestantes com hipertensão grave.	Uso de diuréticos particularmente as tiazidas, para a prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações.	Administre fármacos anti-hipertensivos, mas não diuréticos, em gestantes com hipertensão grave. Não aconselhe o repouso em casa nem a restrição da ingestão de sal para gestantes com a intenção de prevenir as complicações da pré-eclâmpsia.
Em mulheres com pré-eclâmpsia grave, se houver um feto viável e a gravidez tiver menos de 37 semanas de gestação, a gestão expectante pode ser considerada, deste que não ocorram problemas como hipertensão materna descontrolada, aumento da disfunção orgânica materna ou sofrimento fetal e eu as condições possam ser monitoradas.		Para uma mulher com pré-eclâmpsia grave durante a gravidez pré-termo (<37 semanas), os clínicos podem monitorar a uma mulher se (1) a pressão arterial dela estiver sob controle; (2) Não houver sofrimento fetal; e (3) não houver sinais de disfunção orgânica materna. Durante este período de gestão expectante é necessária uma monitorização contínua.

Fonte: WHO, 2011.

Agentes antiplaquetários em baixa dose estão entre os medicamentos mais promissores para prevenção da pré-eclâmpsia e, quando combinado com cálcio (2 g), demonstram uma redução na taxa de pré-eclâmpsia sobreposta em 28,6% e na taxa de restrição de crescimento fetal em 80,8% em mulheres com hipertensão crônica e com doppler anormal no segundo trimestre (VILLA et al., 2013). A OMS recomenda uma dose de 75 mg/dia de ácido acetilsalicílico (ASS) anterior à 20ª semana de idade gestacional (WHO, 2011). Já a suplementação com cálcio precedente à 20ª semana de gestação produz redução significativa na incidência da pré-eclâmpsia. Conclui-se, então, que a suplementação de cálcio em regiões de baixa ingestão de cálcio alimentar é necessária (WHO, 2013).

Sabe-se que existem vários fatores que corroboram para o desenvolvimento das SHG, dentre eles: extremos de idade, diabetes, hipertensão crônica, nefropatias, obesidade, dietas hipoproteicas e/ou hipersódicas e história familiar, situações que geralmente estão associadas a piores condições nutricionais e obstétricas, portanto serão mulheres classificadas em gestação de alto risco (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado com gestantes brasileiras, evidenciou-se que a prevalência de pré-eclâmpsia aumenta com a idade, com o IMC pré-gestacional e com o ganho de peso no início da gravidez, e a variável “ganho ponderal excessivo na gestação” permaneceu significativamente associada à prevalência da doença (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015).

O estilo de vida da gestante é fundamental para a prevenção de complicações das SHG, portanto, os ajustes nesse estilo podem produzir menor ganho de peso gestacional e, conseqüentemente, melhorar a saúde materna e infantil (VESCO et al., 2014). Segundo a OMS, o estilo de vida é o conjunto de costumes influenciados, modificados, encorajados ou inibidos (WHO, 2011). Desse modo, a detecção precoce das SHG pode impactar na redução das complicações, motivo pelo qual a enfermeira deve estar atenta a qualquer sintoma de anormalidade durante as consultas de pré-natal (BRASIL, 2010).

Neste desenvolvimento afirma-se que as síndromes hipertensivas se constituem como o melhor exemplo de agravo no qual o conhecimento e a

atitude das gestantes em relação ao adequado manejo da doença influenciam efetivamente na redução de suas complicações.

2.2 POLÍTICAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM SHG

A hipertensão, quando instalada na gestação, caracteriza a gestante como sendo “de alto risco” (BRASIL, 2010). Essa condição a insere em uma situação de fragilidade devido às características da doença, levando-a à necessidade de assistência profissional especializada, com o objetivo de garantir o controle dos níveis pressóricos e desfechos positivos para mãe e concepto (MARTINS; MONTICELLI; DIEHL, 2014).

Quanto mais precoce o diagnóstico da hipertensão arterial somado à intervenção em momento oportuno, maiores são as possibilidades de se conduzir uma gestação sem complicações maternas e agravos à saúde do concepto (BRASIL, 2010).

Com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi possível incorporar os princípios e as diretrizes nas propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 2011a). Com um novo conceito, baseado na atenção integral, houve a inclusão de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de atendimento e tem como objetivo acolher as usuárias, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada (BRASIL, 2012a); além de permitir a aproximação dos profissionais de saúde às famílias para uma melhor compreensão do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Assim, o acompanhamento do pré-natal tem o objetivo de proporcionar o desenvolvimento da gestação, sem impacto para a saúde materna, culmina com o parto de um recém-nascido saudável, incluindo em sua abordagem

aspectos psicossociais, atividades educativas e, sobretudo, as preventivas (BRASIL, 2012a). Conseqüentemente, o início precoce do pré-natal é essencial para uma assistência de qualidade e o acompanhamento deverá ser realizado de acordo com os fatores dos riscos gestacionais (BRASIL, 2013).

Durante a assistência no pré-natal, deve-se adequar intervenções para redução de complicações das mortes maternas, além do comprometimento dos profissionais de saúde com a melhoria da assistência ao pré-natal (BRASIL, 2013; WHO, 2011). As equipes de saúde devem aprimorar o atendimento à gestante, contribuindo com a continuidade da redução da mortalidade materna e infantil (CABALLERO; VAILLANT; GUILARTE; VALDÉS, 2011).

Para direcionamento das atividades, o Ministério da Saúde (MS) criou a Rede Cegonha. Uma estratégia que visou implementar uma rede de cuidados, assegurando às mulheres o direito reprodutivo e a atenção humanizada à saúde materno-infantil (BRASIL, 2011b). É preconizada a organização da assistência pré-natal para atender as necessidades das gestantes, assegurando a continuidade do atendimento e o desenvolvimento de atividades educativas (BRASIL, 2012a). O objetivo é desenvolver estratégias a fim de sensibilizar as gestantes para a adoção de atitudes e comportamentos para uma vida saudável, envolvendo mudança de estilo de vida e crenças, o que exige, em especial dos enfermeiros, um trabalho mais dinâmico, criativo e interativo.

Para tanto, parte-se do princípio de que as gestantes que recebem informações durante o pré-natal tornam-se multiplicadoras do conhecimento e, ao trocarem vivências e informações, produzem fontes de autoeficácia, adquirindo domínio sobre sua saúde (BANDURA, 1977; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Portanto, com o desenvolvimento dos espaços para troca de experiências, poder-se-á ajudar os participantes à mudança no estilo de vida e no reconhecimento dos outros e de si. Com isso, tem-se o resultado no elevado sentimento de segurança e na satisfação da mulher (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Durante as atividades educativas, pode-se conhecer a maneira como a gestante percebe e determina ações convergentes para elucidações necessárias. Reafirma-se que a educação em saúde é um poderoso processo

de transformação, e com a inclusão da gestante objetiva-se maior conscientização, participação, transformação das suas limitações e uma melhor qualidade no ciclo gravídico puerperal (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Desse modo, considerando a gravidade das SHG, é fundamental que as gestantes sejam orientadas, e que o início do acompanhamento do pré-natal seja precoce, influenciando positivamente a mudança do estilo de vida.

Há evidências de que a obesidade e o ganho de peso excessivo durante a gravidez aumentam o risco de complicações obstétricas e neonatais, particularmente a hipertensão e a hemorragia pós-parto, assim, são necessárias estratégias preventivas e eficazes (MOCHHOURY et al., 2013). Mulheres em idade fértil devem ser encorajadas a consumir uma dieta saudável (SCHOENAKER et al., 2015).

O ganho de peso antes ou durante a gravidez está associado a maiores riscos de complicações maternas e neonatais (DOMINGUES et al., 2015), assim, as gestantes devem ser incentivadas a uma alimentação saudável, à prática de exercícios físicos e à recreação. Destarte, a intervenção intensiva e personalizada de gerenciamento de peso pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção de distúrbios hipertensivos durante a gravidez (McGIVERON et al., 2015).

Porém, pesquisa aponta que a intervenção de autopesagem e conselhos dietéticos não impediram as complicações obstétricas para mulheres com IMC de 25 ou mais (McCARTHY et al., 2016). Depreendendo-se, assim, que as atividades físicas com oportunidade de gasto energético devem ser empreendidas e recomendadas para melhor resultado na saúde das gestantes e para a prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas como obesidade, hipertensão e diabetes (WHO, 2011).

O agravante é que no cenário do pré-natal, a prevalência de atividades físicas, independentemente do estilo, durante a gravidez, é extremamente baixa e uma grande maioria diminui ou até desiste da realização do exercício (DOMINGUES et al., 2015). Mesmo havendo indicações, mulheres que praticam atividade física durante a gravidez tendem a ter menor risco de parto prematuro (DOMINGUES et al., 2015) e de pré-eclâmpsia (SPRACKLEN et al., 2016).

Conclui-se que o ganho de peso antes ou durante a gravidez está associado a maiores riscos de complicações maternas e neonatais (DOMINGUES et al.,2015), portanto, as gestantes devem ser incentivadas a uma alimentação saudável, à prática de exercícios físicos e à recreação.

Deve-se considerar a participação de profissionais de diferentes áreas da saúde para contribuição com as atividades para a melhoria da promoção à saúde e prevenção de complicações (BRASIL,2011b), atentando para a identificação de fatores de risco que possam desencadear a morbidade e incentivando o autocuidado das mulheres gestantes, bem como a investigação sobre a gestão farmacológica, pois outro importante esclarecimento que deve ser realizado é quanto à utilização de medicamentos e suplementos durante a gravidez, uma vez que o uso de medicamentos na gestação e na lactação sempre representou um desafio para os profissionais de saúde (COSTA; RABELO; LIMA, 2014).

Ao avaliar a proporção de pacientes em acompanhamento de pré-natal que receberam a prescrição de suplementação de cálcio, observou-se que apenas uma pequena porcentagem (10,40%) das gestantes recebeu tal prescrição. Da mesma forma, apenas (43,20%) foram orientadas a consumir uma quantidade maior de alimentos ricos em cálcio (SILVA et al.,2010).

Todas as estratégias relacionadas têm como objetivo a promoção da saúde adequada à realidade de cada gestante, com garantia da participação ativa e consciente de cada mulher, durante todo o processo, da assistência ao pré-natal. Por fim, ressalta-se que no processo de atenção ao pré-natal é fundamental: a promoção de estilo de vida saudável, com a prática regular de atividades físicas e uma alimentação saudável; diagnósticos precoces baseados em evidências científicas; o rastreamento das gestantes utilizando a classificação de risco em todas as consultas; a realização da gestão farmacológica com orientações sobre a importância dos medicamentos, evitando, assim, o uso de tratamentos e fármacos comprovadamente ineficazes ou potencialmente prejudiciais. Tudo com o propósito máximo de evitar a ocorrência da morbimortalidade materna e perinatal (WHO, 2013; BRASIL, 2012a).

Conclui-se que o apoio às gestantes é essencial, e os profissionais de saúde devem utilizar a autoeficácia no planejamento das ações de cuidado,

envolvendo a gestante e seus familiares na prevenção de complicação das SHG.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico possibilita fundamentar e dar consistência ao estudo. Tem a função de nortear a pesquisa, apresentando um embasamento da literatura e relacionando o construto com a Psicometria. Neste referencial teórico são apresentados: o conceito e as bases que fundamentam a Autoeficácia.

3.1 A TEORIA DA AUTOEFICÁCIA

A Autoeficácia, estudada por Albert Bandura, tem como base a Teoria da Aprendizagem Social; com o desenvolvimento de seus estudos, passa a defini-la como Teoria Social Cognitiva (TSC) da qual a Teoria da Autoeficácia se constitui elemento central (BANDURA, 1977).

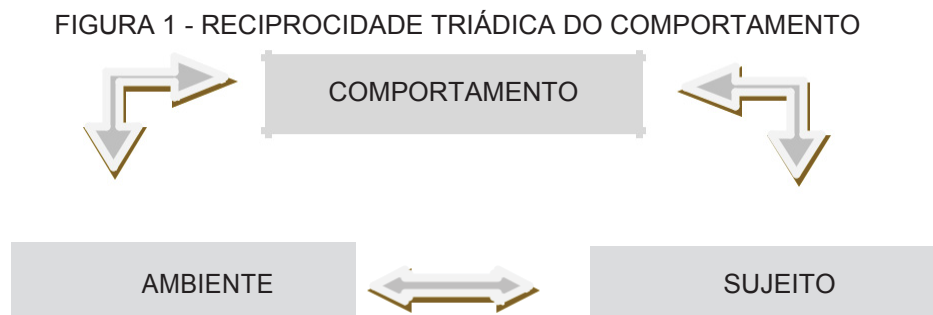
A TSC adota a perspectiva da agência para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança, isto é, influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida. Na concepção de Bandura, a autoeficácia é tida como um dos mecanismos-chave para a composição da ação humana (BANDURA, 2001).

A intencionalidade refere-se ao modo de agir das pessoas, a elaboração de planos e estratégias de ação para realizá-los. Na antecipação, os indivíduos antecipam os resultados esperados, guiando e motivando seus esforços. Com a autorreatividade é possível o monitoramento e a regulação de suas ações, fazendo coisas que lhes dão satisfação e evitando ações que acarretem insatisfação e autocensura. Já pela autorreflexão, os agentes refletem sobre a sua eficácia, suas motivações e valores, realizando as correções necessárias (BANDURA, 2004; BARROS; SANTOS, 2010).

Dessa forma, o indivíduo é agente da sua história e avalia as consequências e as ações necessárias para a transformação. Mas não são agentes autônomos, pois existe a correlação entre indivíduo, ambiente e comportamento, o que permite ao indivíduo influenciar e ter influenciado seu comportamento (AZZI; POLYDORO, 2006; BARROS; SANTOS, 2010).

Essas influências, também denominadas como relação triádica, são a base do determinismo recíproco, em que os fatores pessoais (afetos e eventos

biológicos), os aspectos comportamentais (as ações do sujeito) e ambientais produzem a reciprocidade triádica dos determinantes do funcionamento humano, como demonstrado na FIGURA 1.



FONTE: PAJARES; OLAZ (2008).

Portanto, o indivíduo se torna agente e receptor das situações que se produzem e, ao mesmo tempo, essas situações determinarão seus pensamentos, emoções e comportamento futuro (BANDURA, 1998).

A Teoria da Autoeficácia tem como propósito explicar a manutenção e a extinção de comportamentos, já a motivação para realização está diretamente relacionada com as atitudes (BANDURA, 1977; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). A autoeficácia é definida, por Bandura, como a crença que o indivíduo faz de sua habilidade para realizar uma atividade dentro de certo domínio (BANDURA, 1977; 1994).

Já as crenças são ideias consideradas pelo indivíduo como verdades absolutas (BECK, 1997). As crenças produzem os efeitos desejados pelas suas ações e influenciam as escolhas, aspirações, o nível de esforço, assim como a perseverança, a resiliência às adversidades e a vulnerabilidade ao estresse e à depressão (BANDURA, 1994). Isso ocorre de maneira que as crenças de autoeficácia servem como base para motivação, conforto e realizações que estão ligadas diretamente ao funcionamento das capacidades humanas (AZZI; VIEIRA, 2014). Essas crenças podem estar relacionadas a domínios específicos, podendo haver percepções de elevada autoeficácia em determinado domínio e baixa autoeficácia em outros, sendo possível observar a subjetividade de cada indivíduo.

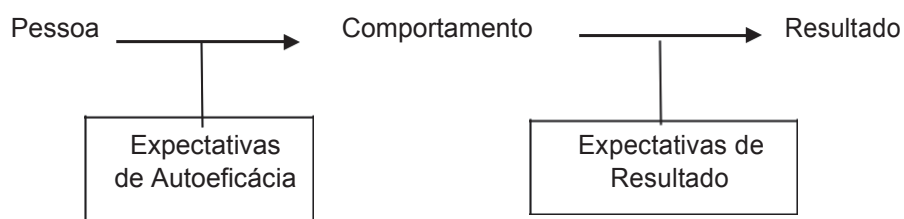
Assim, os indivíduos que têm uma autoeficácia percebida elevada escolhem resolver o problema com estratégias que melhoram suas ações; já os

que têm uma baixa eficácia percebida, acreditam que pouco podem fazer para alterar a situação em que se encontram (AZZI; POLYDORO, 2006; AZZI; VIEIRA, 2014).

Segundo Bandura (1977), o principal pressuposto da Teoria de Autoeficácia é que os procedimentos psicológicos servem de meio para criar e fortalecer as expectativas de eficácia pessoal. Assim, as expectativas de eficácia são diferentes das expectativas de respostas, conforme demonstrado na FIGURA 2.

Uma expectativa de resultado é definida como a estimativa de uma pessoa que um determinado comportamento levará a determinados resultados. Uma expectativa de eficácia é a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados (BANDURA, 1977).

FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE EXPECTATIVA DE AUTOEFICIÁCIA E EXPECTATIVA DE RESULTADO



FONTE: Adaptado Bandura (1977, pg 193).

O tipo da tarefa e os conhecimentos e habilidades necessários para a sua execução são os fatores que determinam o julgamento da autoeficácia (BANDURA, 1977). Dessa forma, as crenças de autoeficácia auxiliam o indivíduo a procurar a melhor maneira de realizar as atividades (PAJARES; OLAZ, 2008)

As crenças de autoeficácia influenciam muitos aspectos da vida do indivíduo e a constituição dessas crenças pode ser desenvolvida a partir de quatro principais fontes de informação (BANDURA, 1977).

- Experiência direta é considerada como a mais influente, pois se baseia em experiências de domínio pessoal, ou seja, a avaliação que as pessoas fazem do resultado do seu desempenho. Dessa maneira, o sujeito tem relação direta com suas capacidades, fortalecendo-as ou enfraquecendo-as. As

expectativas de eficácia são desenvolvidas através do sucesso em determinada atividade. Quando ocorrem repetidos fracassos, tendem a reduzi-las, especialmente se as dificuldades ocorrerem no início do curso dos acontecimentos; mas quando ocorrem falhas ocasionais, que são vencidas pelo esforço, as pessoas tendem a ter mais persistência (BANDURA, 1977).

Porém, quando o indivíduo obtém sucesso na atividade e esse resultado é reconhecido como positivo e originado do próprio esforço na superação de obstáculos, isso faz com que aumente a crença na capacidade para executar essa atividade ou atividades similares (AZZI; VIEIRA, 2014).

Quando se deseja modificar as crenças de autoeficácia a partir dessa fonte de informação, torna-se necessário considerar aspectos como: a) as experiências anteriores; b) quantidade de esforço necessário; c) dificuldade da atividade; d) quantidade de apoio externo que recebe; e) as demandas que a atividade implicará (BANDURA, 1997).

Assim, a gestante que necessita alterar a crença de autoeficácia por meio das experiências diretas, poderá, por exemplo, participar do planejamento do seu cuidado, ser incentivada à manutenção do cuidado com estabelecimento de objetivos de curto, médio e longo prazo. Pois, acredita-se que a gestante que possui noções de medidas preventivas para evitar complicações nas SHG, ao praticá-las em seu cotidiano e perceber a melhoria da sua saúde, tende a elevar a sua autoeficácia e, conseqüentemente, manter tais comportamentos.

- Experiência vicária também conhecida como observacional, pode ser induzida pela comparação social. Pessoas, ao observarem experiências exitosas, tendem a intensificar e persistir em seus esforços, convencendo-se de que são capazes de ter sucesso como os outros possuem (BANDURA, 1977).

A autoeficácia é mais sensível à essa fonte quando os indivíduos possuem pouca experiência na atividade a ser realizada ou ainda quando duvidam da sua capacidade para realizá-la. Nesse caso, a comparação social funciona como modelo de comportamento e essa informação é utilizada como padrão na avaliação da capacidade pessoal (BANDURA, 1997).

Bandura (1997) afirma que é necessário expor o observador a uma quantidade maior de modelos, pois favorece o aumento da força que a experiência vicária pode atingir sobre a crença de autoeficácia.

No contexto da autoeficácia, no que se refere à prevenção de complicações das síndromes hipertensivas, a gestante poderá utilizar como modelo mulheres que tiveram sucesso com as atitudes preventivas durante as SHG nas oficinas de gestantes e nas rodas de conversas e, assim, poderá obter o mesmo sucesso.

Persuasão verbal está diretamente ligada ao comportamento verbal e é amplamente utilizada, pois as pessoas são levadas, através da sugestão, a acreditar que elas podem alcançar o sucesso, mesmo que tenham apresentado dificuldades no passado (BANDURA, 1977).

Além dessa função, a persuasão verbal pode contribuir para a criação de autoincentivos por meio da autoafirmação e favorecer a informação por meio de *feedback* (BANDURA, 1997). Mas para que ocorra impacto na crença de autoeficácia, são necessários a credibilidade, o conhecimento e a experiência da fonte persuasiva na atividade em questão.

Em relação às síndromes hipertensivas da gravidez, os enfermeiros, além de explicar as medidas preventivas, devem realizar estratégias que incentivem as gestantes a se sentirem capazes de prevenir as complicações das síndromes hipertensivas.

Estado físico e emocional é a quarta fonte de informação e, dependendo do nível de fadiga, estresse, ansiedade e estados de humor, são manifestações que podem alterar a percepção de autoeficácia, pois afetam diretamente o julgamento das pessoas sobre a capacidade de realizar determinada atividade (BANDURA, 1977).

Quanto aos estados afetivos, Bandura (1997) relacionou que o impacto do humor sobre as crenças de autoeficácia é parcialmente mediado pela lembrança das experiências de sucesso e de fracasso do passado.

As gestantes podem apresentar ansiedade e preocupações com o desenvolvimento do filho, mas dependendo das circunstâncias em que está envolvida, essa informação poderá servir para que a mulher tome atitudes que possam favorecer e que auxiliem positivamente na realização de atividades para prevenção de complicações das SHG.

Assim, pressupõe-se que as gestantes, ao adquirirem crenças de autoeficácia, percebem que são capazes e podem evitar as complicações nas síndromes hipertensivas.

Bandura (1977) define autoeficácia como “as crenças que a pessoa tem acerca de sua capacidade para organizar e executar cursos de ação requeridos para alcançar determinados tipos de desempenho” (p.3). As crenças de autoeficácia oferecem as bases para a motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais, estando diretamente ligadas ao funcionamento das capacidades humanas. Essas crenças são desenvolvidas no decorrer da vida e são influenciadas por aspectos pessoais comportamentais e ambientais que são bases para motivação humana.

Entretanto, a existência da crença de autoeficácia não assegura o sucesso da realização quando não existe conhecimento e/ou habilidade, pois tão importante quanto identificar a fonte de informação é compreender como os indivíduos avaliam essa informação para o estabelecimento das crenças e, assim, identificar como elas influenciam as pessoas. Por exemplo, é importante verificar se pensam de forma otimista ou pessimista, quais os caminhos de ação que elas escolhem, os objetivos e tarefas que estabelecem para si, quanto esforço elas colocam e os resultados que elas esperam de seus esforços. Desse modo, as crenças de autoeficácia atuam como um regulador da motivação, do afeto e da ação humana (AZZI; POLYDORO, 2006; AZZI; VIEIRA, 2014). Dessa maneira, a autoeficácia demonstra um comportamento motivacional que fortalece a percepção pessoal de competência, objetivos, expectativas de resultado e oportunidades (BANDURA, 1994; 2009).

O nível de autoeficácia é diferenciado em cada indivíduo e o uso de bons instrumentos que possam avaliar as crenças de eficácia são necessários para identificar os indivíduos com baixa autoeficácia e, assim, implementar estratégias para mudança de comportamentos.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

De maneira crescente, a construção, a validação e adaptação transcultural de instrumentos estão sendo empregados no Brasil e no mundo para a avaliação e desempenho nas mais diversas áreas de atuação profissional. Endente-se que os instrumentos são essenciais para o avanço do conhecimento, para o acompanhamento e a implementação das ações de cuidado. Dessa forma, descrevem-se os passos necessários para a construção e validação com base na Psicometria.

4.1 PSICOMETRIA

Segundo Pasquali (2016, p 11e 12), “Psicometria deve ser concebida como um ramo da Psicologia e que se caracteriza por expressar (observar) o fenômeno psicológico através do número, em vez da pura descrição verbal”.

Refere-se, ainda, a uma das várias formas de medição em psicologia, método empregado para estudar fenômenos psicológicos e que se constitui em uma das formas de medida por teoria, que utiliza o desenvolvimento de instrumentos de mensuração ou técnicas de medição e, assim, pesquisadores têm utilizado seus princípios para desenvolver e testar instrumentos de medição (PASQUALI, 2010; POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Na Psicologia, a Psicometria, ao assumir o modelo quantitativista, não o faz de maneira superficial ou esporádica, vai além das escalas numéricas ou nominais. Oferece uma visão abrangente e coerente na formulação de escalas psicométricas e dos testes psicológicos (PASQUALI, 2010).

A crescente demanda de escalas e instrumentos de avaliação demonstra a preocupação de pesquisadores com a melhoria do atendimento. Várias escalas e instrumentos estão sendo utilizados para habilitar profissionais nas diversas áreas como: “Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco” (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012), “Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico” (LOPES et al., 2016), “Construção e validação de uma escala de avaliação da qualidade de vida no trabalho” (RUEDA et al.,

2013), “Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento” (CARVALHO, GÖTTEMS, PIRES; 2015).

A característica fundamental dos instrumentos de medição é demonstrar os comportamentos por meio dos itens, mediante a análise da escala como um todo (PASQUALI, 2010). Para a construção de instrumentos com propriedades psicométricas, o método *Likert* é o mais utilizado (PASQUALI, 2010).

As escalas psicológicas que se utilizam do método *Likert* têm como objetivo identificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo de favorável ou desfavorável em relação ao objeto psicológico. Essas afirmações são pontuadas e somadas, gerando uma pontuação total, que permite distinguir, com clareza, as opiniões (PASQUALI, 2010; POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Entretanto, para construção de um instrumento legítimo e válido, é necessária uma série de parâmetros mínimos, dentre eles a construção, análise, validade e confiabilidade do instrumento (PASQUALI, 2010).

A Psicometria utiliza terminologia e expressões específicas, que estão presentes neste estudo, como: construto, traço latente, sistema, propriedade e magnitude.

Construto são fenômenos psicológicos de um indivíduo ou grupos, suas habilidades, aptidões, atitudes, conhecimentos, inteligência ou traço latente (PASQUALI, 2010).

Destaca-se que o termo “traço latente” é ambíguo e controverso, pode ser referido também como: variável hipotética, variável fonte, fator, construto, conceito, estrutura psíquica, traço cognitivo, processo cognitivo, processo mental, estrutura mental, habilidade, traço de personalidade. Além de ser também definido como um parâmetro matemático, nesse caso, o escore bruto do sujeito (resultado da escala). Assim, traço latente é o conjunto de processos cognitivos necessários à execução de determinada tarefa (PASQUALI, 2010).

Por conseguinte, “sistema” representa o objeto psicológico ou de interesse, portanto, constitui-se como objeto imediato de interesse dentro de um delineamento de estudo. Já a variedade de aspectos ou atributos que

caracterizam o sistema compõe a “propriedade”. A Psicometria assume que esses atributos são mensuráveis, sendo assim o conceito de “magnitude”.

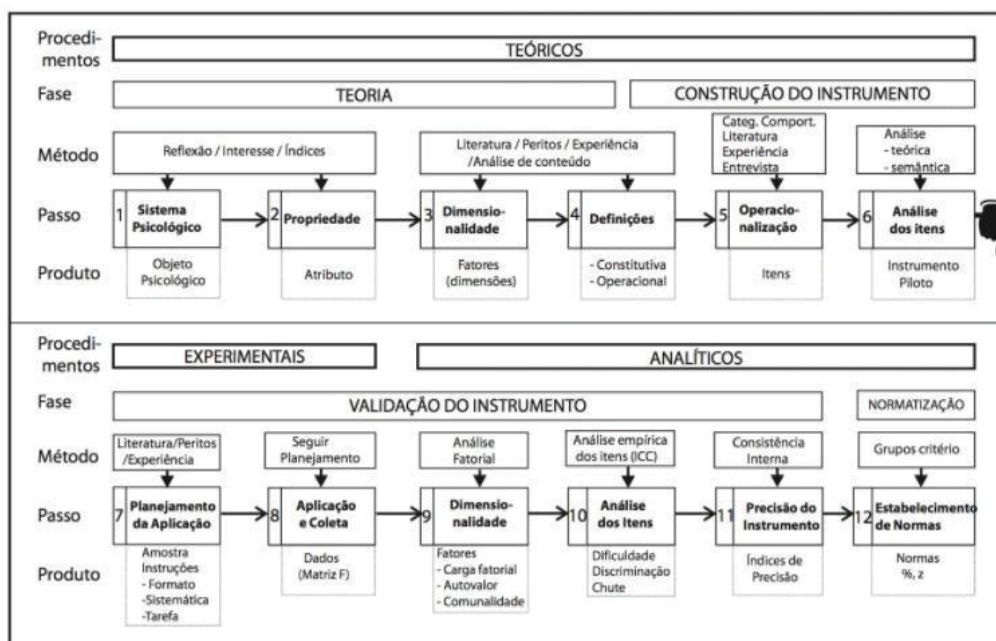
Partindo dos pressupostos de Pasquali (2010), um fenômeno subjetivo que envolve comportamentos e que pode ser avaliado representa o traço latente. Dessa forma, a prevenção de complicações nas síndromes hipertensivas da gravidez constitui-se atributo mensurável.

Assim, para representar o traço latente (domínios), elaboram-se itens (comportamentos) correspondentes que compõem parte de um instrumento de medida (escala). Esses itens são analisados estatisticamente (individual e em conjunto) para verificar se o instrumento realmente mede (representa) o construto (no caso a prevenção de complicações nas síndromes hipertensivas) e, assim, poderá ser considerado confiável, fidedigno e válido.

4.2 MODELO TEÓRICO DE CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

Na Psicometria, para a construção de instrumentos de medida com propriedades psicométricas, são necessários três procedimentos: teórico, experimental e analítico. Esses são compostos por doze passos, conforme demonstrado na FIGURA 3.

FIGURA 3 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS



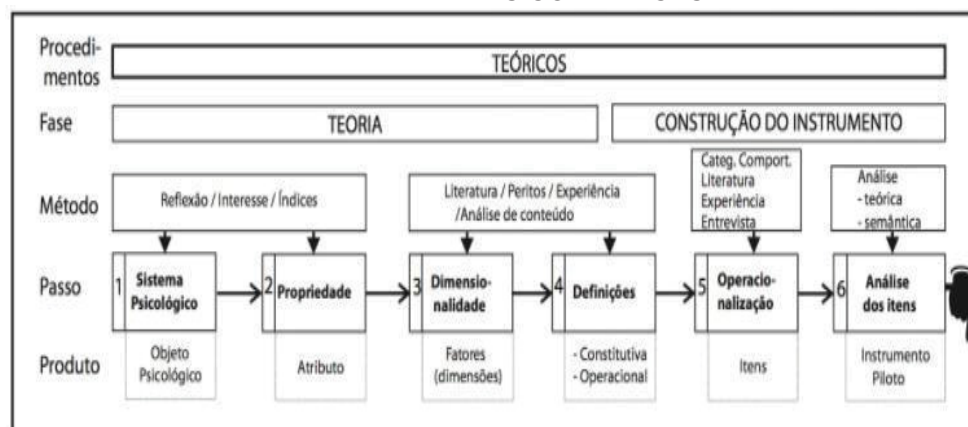
FONTE – Pasquali (2010, p.166).

- Procedimento Teórico – Processo de fundamentação da teoria, isto é, de desenvolvimento do estudo sobre o construto em questão, a definição e sua operacionalização em itens para desenhar a construção do instrumento. Para tanto, além da base científica, recomenda-se buscar evidências empíricas e disponíveis na literatura em relação ao construto, com o propósito de delimitar a base teórica (miniteoria), a qual direcionará a elaboração do instrumento (PASQUALI, 2010).
- Procedimento Experimental – São definidas as etapas e as técnicas de aplicação do instrumento e para a coleta, com vistas à avaliação do instrumento (PASQUALI, 2010).
- Procedimento Analítico – Neste se estabelece o processo de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para a validação, precisão e normatização do instrumento (PASQUALI, 2010).

4.2.1 Procedimentos Teóricos

Também chamado de polo teórico, é composto por seis passos: sistema psicológico, propriedade, dimensionalidade, definições, operacionalização e análise de itens (FIGURA 4) e devem fundamentar qualquer experimento para desenvolvimento de um instrumento de medida. Os procedimentos teóricos devem ser elaborados a partir da literatura existente sobre o construto que se pretende medir (PASQUALI, 2010).

FIGURA 4 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS TEÓRICOS PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.



FONTE – Pasquali (2010, p 167).

4.2.1.1 Passo 1 - Sistema Psicológico

É definido como o objeto de interesse dentro do delineamento de estudo. Este passo consiste em ter uma ideia, um tema, um assunto para pesquisar (PASQUALI, 2010; 2013).

4.2.1.2 Passo 2 - Propriedade

Esse passo consiste em passar de um objeto psicológico – mais amplo, para a delimitação dos aspectos que deseja estudar e para o qual se quer construir um instrumento (PASQUALI, 2010).

4.2.1.3 Passo 3 - Dimensionalidade

Nesse passo, o pesquisador deve elaborar uma miniteoria que irá guiar a construção do instrumento de medida e posteriormente, com o instrumento construído, poderá ser confirmado se possui alguma consistência (PASQUALI, 2010).

4.2.1.4 Passo 4 - Definições

Após definida a propriedade e a dimensionalidade, deve-se prosseguir conceituando o construto, baseando-se na literatura, na análise de conteúdo realizada com os juízes/especialistas e na própria experiência do pesquisador. Nesse passo, deve-se ter, de forma clara e precisa, a conceituação dos fatores para os quais se construirá o instrumento de medida. Para tanto, são necessárias a definição constitutiva e a definição operacional do construto (PASQUALI, 2010).

- Definição Constitutiva - Oriunda de outros construtos, de conceitos da teoria que a fundamenta, de termos definidos em dicionários e enciclopédias. Situa o construto dentro da teoria, dando as dimensões que ele deve assumir.
- Definição Operacional - Deve abranger o máximo do construto, do abstrato para a realidade. Tem a capacidade de transformar conceitos básicos em comportamentos reais. Em outras palavras, é operacional quando indica

claramente o que o indivíduo deve fazer, como deve se comportar (“vá” e “faça”). Faz-se necessário demonstrar e listar as categorias de comportamento que representarão o construto, pois é na próxima etapa que inicia a construção do instrumento piloto.

4.2.1.5 Passo 5 - Operacionalização

Nesse passo, que compreende três fases, descreve-se a elaboração dos itens, observando as regras para a sua construção:

Fontes dos itens - Podem ser obtidas na literatura por meio de outros testes que medem o construto; recorrendo à população-alvo através de entrevistas sobre o construto; nas categorias comportamentais instituídas nas definições operacionais (PASQUALI, 2010).

Regras de construção dos itens - Segundo Pasquali (2010), para elaboração dos itens, é necessária a observação de doze critérios, sendo os dez primeiros aplicados aos itens e os dois últimos ao conjunto dos itens.

- a) Critério comportamental. Deve expressar um comportamento de forma clara e precisa.
- b) Critérios de objetividade ou de desejabilidade. Os itens devem atender comportamentos de fato, não existindo nesse caso respostas certas ou erradas; existindo apenas diferentes gostos, preferências, sentimentos e modos de ser.
- c) Critério da simplicidade. O item deve expressar uma única ideia.
- d) Critério da clareza. O item deve ser inteligível e com frases curtas.
- e) Critério da relevância. A expressão deve ser consistente com o construto.
- f) Critério da precisão. O item deve ser distinto dos demais que cobrem o mesmo atributo.
- g) Critério da variedade. Deve-se variar a linguagem; e no caso de escalas de preferências, deve-se formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis.
- h) Critério da modalidade. Formular frases sem utilizar palavras extremadas, como “excelente” ou “miserável”.

i) Critério da tipicidade. Formar itens com frases próprias a partir do construto.

j) Critério da credibilidade. Também denominado de validade aparente, esse item deve ser formulado de forma que não pareça infantil e/ou impróprio.

h) Critério da amplitude. Esse critério afirma que o conjunto de itens referente ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude desse atributo.

i) Critério do equilíbrio. Os itens devem cobrir igualmente ou proporcionalmente, isto é, itens fáceis, difíceis e médios (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes).

Quantidade de itens - Pasquali (2010) sugere que 20 itens seria o número ideal ou razoável para representação de um construto. Para início da construção de um instrumento é necessário o triplo de itens, os quais serão analisados e selecionados estatisticamente. Entretanto, Pasquali lembra que a abrangência da totalidade dos itens deve cobrir a extensão semântica do construto.

4.2.1.6 Passo 6 - Análise dos itens

Ao operacionalizar o construto por intermédio dos itens, acredita-se que eles representam adequadamente o construto. Para que essa hipótese seja testada, é necessária a opinião de outros para garantir a validade. Dessa forma, o instrumento deverá ser analisado mediante dois tipos de análises (PASQUALI, 2010; 2013).

- Análise de juízes. Também denominada de análise de conteúdo ou análise teórica, visa estabelecer a compreensão dos itens e a relevância dos itens em relação ao construto. Dessa forma, os juízes devem ser peritos na área do construto e a concordância de pelo menos 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item no instrumento (PASQUALI, 2010).
- Análise semântica. Tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis à população a que se destina o instrumento, meio de aplicação do instrumento. Nessa etapa, o instrumento deve ser aplicado à

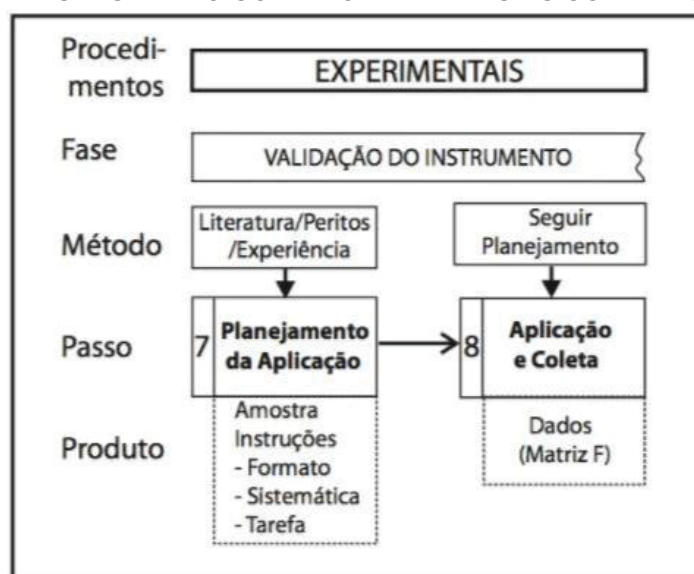
cerca de 30 sujeitos da população-alvo e, em seguida, discutir-se-á com os sujeitos sobre suas dúvidas (PASQUALI, 2010; 2013).

Esses passos finalizam os procedimentos teóricos para construção de instrumento com propriedades psicométricas, que incluiu a exposição da teoria do construto e a elaboração do instrumento piloto. Na próxima etapa iniciará o processo de validação do instrumento.

4.2.2 Procedimentos Experimentais

Nessa etapa, dois passos são necessários na validação do instrumento piloto, conforme demonstrado na FIGURA 5, ou seja, o planejamento da aplicação e a aplicação da coleta.

FIGURA 5 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.



FONTE – Pasquali (2010, p 183).

4.2.2.1 Passo 7 - Planejamento da Aplicação

Segundo Pasquali (2010), como o instrumento é construído para um tipo de população, esta deve ser definida claramente, pois é dessa população que sairá a amostra para testagem da qualidade psicométrica do instrumento.

Quanto ao cálculo aplicável à população de validação de instrumentos psicológicos, pode-se utilizar uma amostra de 100 indivíduos para cada

dimensão que o instrumento mede. Outra possibilidade é a utilização de uma amostra de 10 sujeitos para cada item do instrumento (PASQUALI, 2010).

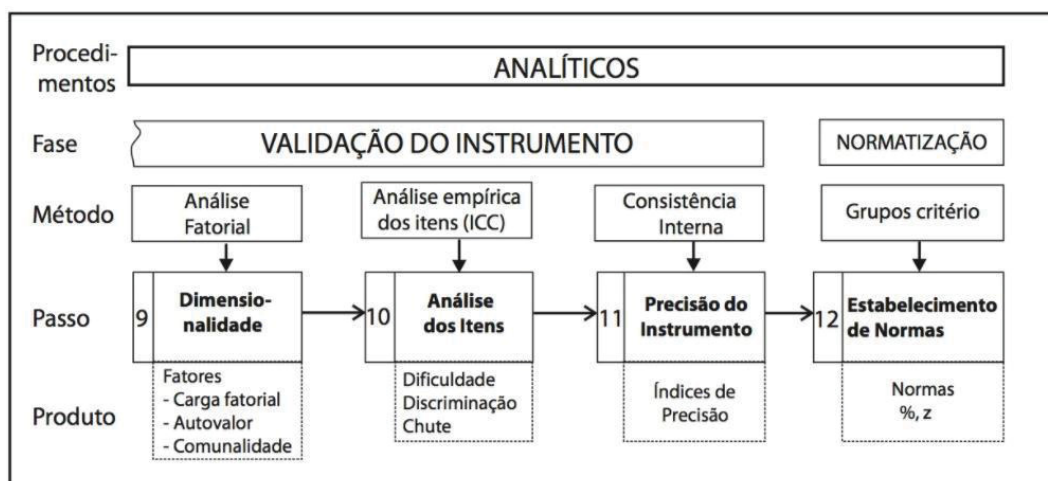
4.2.2.2 Passo 8 - Aplicação e Coleta

Quanto à aplicação e coleta, os indivíduos devem estar em ambiente reservado, livre de distrações e de tensão (PASQUALI, 2010).

4.2.2.3 Procedimentos Analíticos

Os quatro últimos passos envolvidos nesse procedimento são dimensionalidade, análise dos itens, precisão do instrumento e estabelecimento de normas que estão diretamente relacionadas ao delineamento de pesquisa, conforme detalha a FIGURA 6.

FIGURA 6 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO COM PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS.



FONTE – Pasquali (2010, pg 187)

4.2.2.4 Passo 9 - Dimensionalidade

Pasquali (2010) recomenda que seja realizada análise fatorial, que irá determinar, na realidade, quantos fatores (domínios) o instrumento está medindo, isto é, se é unidimensional ou multidimensional. Isso implica que todos os itens do instrumento devem medir um e o mesmo construto.

A análise fatorial permite identificar os itens que podem ser reduzidos a um único fator. Assim, itens que apresentam carga $>$ de 0,30 no fator são unidimensionais, isto é, medem o mesmo fator.

4.2.2.5 Passo 10 - Análise dos itens

Ao operacionalizar o construto por intermédio dos itens, tem-se a hipótese de que eles representam adequadamente o construto. Essa análise é realizada por juízes e pela população a que se destina o instrumento (PASQUALI, 2010).

4.2.2.6 Passo 11 - Precisão do Instrumento

Também denominado como: constância, consistência interna, confiabilidade, estabilidade, homogeneidade. Esta vai depender da técnica a ser utilizada. Com a consistência interna será possível verificar a homogeneidade da amostra. E a técnica mais utilizada é a alfa *Cronbach*, na qual se exige a aplicação do instrumento em uma única ocasião (PASQUALI, 2010).

4.2.2.7 Passo 12 - Estabelecimento de Normas

Após a realização dos onze passos anteriores, o instrumento deve ser submetido à normatização para que os resultados possam ser interpretados, visto que diz respeito a padrões de como se deve interpretar um escore que o sujeito recebeu em um teste (PASQUALI, 2010).

A normatização é utilizada para interpretação dos resultados e contribui para a transformação dos resultados brutos do instrumento em resultados padronizados e comparáveis (PASQUALI, 2010).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO E DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa metodológica que tem como característica o desenvolvimento, a validação de instrumentos, bem como a coleta de dados, com o objetivo de definir o construto ou o comportamento a ser medido, formular itens da ferramenta, desenvolver as instruções para usuários e respondentes, além de testar a confiabilidade e a validade do instrumento, a fim de medir construtos usados como variáveis em pesquisa (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

O estudo metodológico está estritamente relacionado com a Psicometria, uma vez que se trata do aspecto mais relevante e expressivo da pesquisa metodológica, consistindo em um conjunto de técnicas utilizadas para avaliar comportamentos de forma adequada e comprovada (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

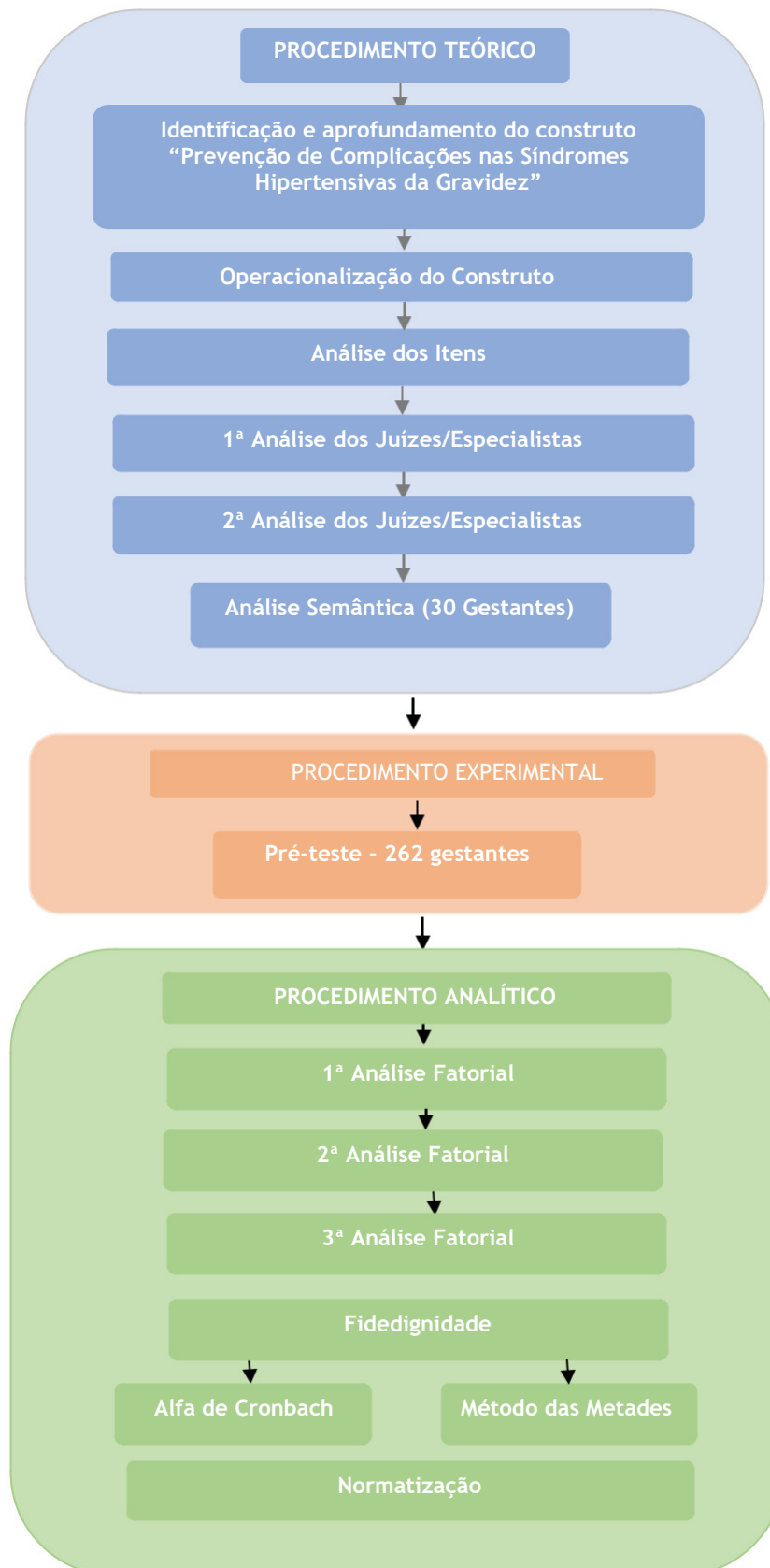
Esse tipo de pesquisa é ideal para a diminuição da escassez de métodos para coleta de dados que interessam à enfermagem, pois apresentam de forma clara todas as etapas necessárias para construção e validação de um instrumento (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

A Psicometria utiliza o desenvolvimento de instrumentos de mensuração (questionários) ou técnicas de medição (ferramentas de observação). Assim, pesquisadores têm utilizado seus princípios para desenvolver e testar instrumentos de medição (PASQUALI, 2010).

A pesquisa metodológica vai ao encontro da proposta desse estudo, uma vez que se propôs construir e validar a Escala de Autoeficácia de Gestantes na Prevenção de Complicações das Síndromes Hipertensivas da Gravidez (EASHG), baseada na Teoria de Autoeficácia de Albert Bandura (1977) e na Psicometria de Pasquali (2010; 2013).

Os procedimentos metodológicos utilizados para a construção e validação da EASHG foram organizados segundo os princípios de Pasquali (2010;2013). Dessa forma, a metodologia e os resultados deste estudo estão divididos, conforme os três polos: teórico, experimental e analítico, os quais serão aplicados a este estudo, conforme representado na FIGURA 7.

FIGURA 7 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS ETAPAS NA CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ.



FONTE – Modelo criado a partir do modelo de Pasquali (2010)

5.2 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS

Nesse procedimento enfoca-se a questão da teoria que deve fundamentar a construção teórica do construto que se deseja desenvolver, bem como a operacionalização dos itens e a explicitação dos tipos e categorias que constituem a representação adequada desse construto.

5.2.1 Identificação e aprofundamento do construto “Prevenção de Complicações nas Síndromes Hipertensivas da Gravidez”.

Esse procedimento enfoca a teoria que deve servir de base para a pesquisa científica, no caso a fundamentação sobre o construto em estudo, “prevenção de complicações nas Síndromes Hipertensivas da Gravidez”, para o qual se deseja desenvolver os itens do instrumento de medida.

Segundo Pasquali (2010), deve-se realizar uma revisão de literatura sólida e específica para identificar a teoria que irá fundamentar o construto e embasar a formulação de cada item. Com base coerente, torna-se possível uma definição dos tipos e características dos comportamentos que irão constituir o instrumento e, assim, facilitar a tarefa do pesquisador em operacionalizá-los adequadamente (PASQUALI, 2010).

Conforme os princípios de elaboração de escalas psicológicas de Pasquali (2010; 2013), para que se garanta o embasamento teórico necessário para a construção dos itens deste instrumento, optou-se por explorar o construto “prevenção de complicações das SHG” por meio de uma revisão ampla da literatura que possibilitou o contato direto sobre o assunto, permitindo maior cobertura do fenômeno pesquisado.

Os primeiros passos do polo teórico baseiam-se em uma pesquisa bibliográfica, levando o pesquisador a ter contato direto com o que já foi desenvolvido sobre o construto, tornando a construção dos itens coerente e adequada. Optou-se por realizar uma revisão integrativa, a fim de buscar e sintetizar as evidências sobre o tema e, assim, realizar o primeiro procedimento para construção de escala proposto pela Psicometria, isto é, a construção dos itens.

Ressalta-se que no período da revisão integrativa não se identificou nenhum estudo que abordasse a autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações nas SHG na atenção primária, tampouco a construção ou o uso de escala ou instrumento de mensuração do referido construto.

A revisão integrativa tem por finalidade buscar, avaliar de forma crítica e sintetizar as evidências disponíveis acerca da temática investigada, constituindo-se em um método abrangente de pesquisa (GANONG, 1987; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Para as buscas utilizaram-se as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Pubmed* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), SCOPUS e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), devido ao amplo acesso na área da saúde.

Para essa revisão seguiram-se as seis etapas previstas em revisão integrativa: identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa; estabelecimento de critério para inclusão e exclusão dos estudos; definição dos fenômenos relacionados às medidas preventivas das SHG a serem extraídos dos artigos originais; avaliação dos artigos selecionados na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação do conhecimento evidenciado pela revisão integrativa (GANONG, 1987; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A formulação da questão norteadora deste estudo foi definida a partir do seguinte questionamento: Quais as medidas preventivas das Síndromes Hipertensivas da Gravidez na atenção primária?

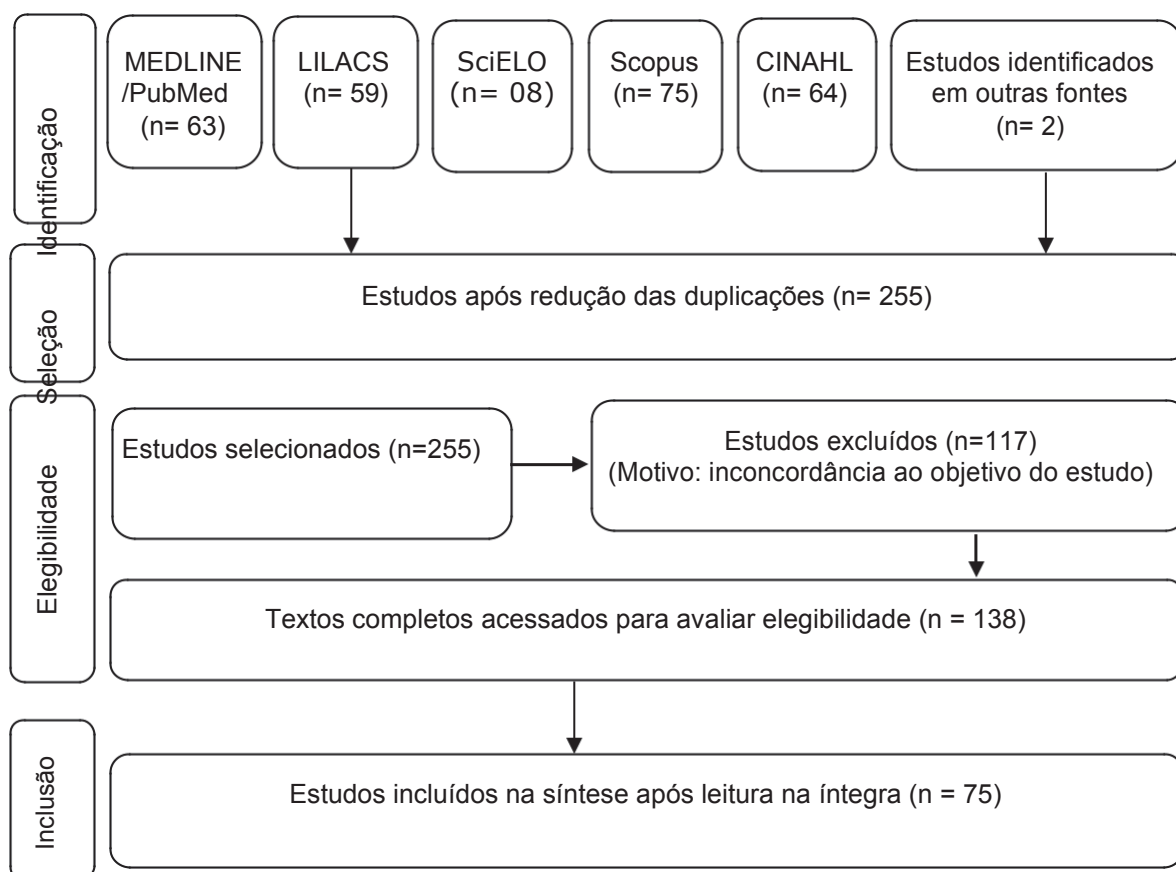
Na segunda etapa, foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de inclusão foram publicações nos idiomas português, inglês ou espanhol e que tivessem como objeto de estudo a prevenção das complicações das SHG na Atenção Primária. Já os critérios de exclusão foram estudos não provenientes de fontes primárias, como revisões, editoriais, opiniões e comentários.

Devido à relevância da temática, optou-se pelo recorte atemporal das publicações e descritores amplos cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A busca foi realizada no mês de junho de 2017, em todas as bases, mediante a seguinte combinação de descritores: *hypertension* AND

pregnancy associados ao termo qualificador *prevention*. Os artigos incluídos na revisão que não estavam disponíveis nas bases de dados foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A FIGURA 8 apresenta o procedimento utilizado no processo de busca, de exclusão e de seleção dos estudos encontrados, com apoio do *checklist* PRISMA, como uma ferramenta que auxilia na melhoria das pesquisas em saúde (MOHER, LIBERATI, TETZLAFF, ALTMAN, 2009).

FIGURA 8 – FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA, PARANÁ, 2019.



FONTE – A Autora (2019)

Dos 271 artigos identificados, 75 foram selecionados para integrar esta revisão integrativa. Os estudos foram realizados em 19 países, com mais de 50% das produções concentradas em países da América do Norte e Europa, seguido pela América do Sul e Caribe que representou pouco mais de um

quinto das publicações, e com menor apresentação os países da Oceania (9,21%), Ásia (7,90%) e África (6,57%).

O idioma predominante das publicações foi o inglês (80,26%), com uma ascensão nesse idioma, bem como em espanhol. Enquanto, na língua portuguesa, evidenciou-se diminuição ao longo do período. Quanto à metodologia dos estudos, houve predominância de metodologias quantitativas (98,68%), com apenas um trabalho (1,32%) de caráter qualitativo.

Após a leitura dos estudos, evidenciaram-se três categorias: tratamento medicamentoso (46,05%), estilo de vida (31,58%) e assistência pré-natal (22,37%), conforme pode ser detalhadamente analisado no manuscrito publicado em periódico nacional (ANEXO 1).

5.2.2 Operacionalização do construto

Após o esclarecimento sobre o construto e sua definição, prosseguiu-se com a elaboração dos itens e construção do instrumento. Dessa forma, em seguida à revisão de literatura para identificação dos domínios, foi construída uma Matriz de Análise (APÊNDICE 1), estruturada em três dimensões, que deu origem às variáveis e à elaboração dos itens, formando blocos. Para cada bloco constava breve descrição da dimensão, das respectivas variáveis, dos conceitos e dos itens expressos em afirmativas.

▪ Tipo de escala e sistema de pontuação

Quando as questões de interesse indireto são combinadas para obter um escore global, essa ferramenta é denominada de escala (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011). As escalas atribuem um escore numérico às pessoas, discriminando quantitativamente as diferentes atitudes, medos, motivos, percepções e necessidades (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Conforme descreve Pasquali (2010, p. 60), “a vantagem de conhecer este nível de operar dos sujeitos consiste em que, na sua grande maioria (a média), os sujeitos se comportam em termos de habilidades desenvolvidas (macros) em sua vida; ao se depararem com as situações comuns da vida, os

sujeitos lançam mão de seus esquemas de repostas desenvolvidos sem ter que, a cada nova situação, desenvolver novas técnicas e táticas de ação”.

O instrumento de mensuração é um recurso que o pesquisador utiliza para registrar dados sobre as variáveis, e a escala do tipo *Likert* é mais conhecida para mensurar as variáveis atitudes e é composta de várias afirmações declaratórias (itens) que transmitem um ponto de vista sobre um construto (PASQUALI, 2010; POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Rensis Likert desenvolveu esse método, que consiste em afirmações (itens) que expressam um ponto de vista sobre um construto, indicando o grau em que concordam ou discordam em cada afirmação (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

A EASHG é composta por afirmações com um número fixo de repostas com três categorias: (1) discordo (2) às vezes concordo (3) concordo. Cada gestante pode escolher apenas uma das três opções, ao responder a EASHG. Dessa forma, o escore total da pessoa é definido pela soma dos itens, sendo que esses pontos serão determinados posteriormente na etapa de normatização, conforme estabelece Pasquali (2010, 2013).

De acordo com os princípios de elaboração de instrumentos psicológicos de Pasquali (2010, 2013), os itens para a composição do instrumento foram selecionados em função das definições operacionais da construção teórica e das evidências empíricas disponíveis. Dessa forma, para a construção dos itens, utilizaram-se os seguintes critérios (PASQUALI, 2010):

a) Comportamental: o item deve expressar um comportamento e permitir ao sujeito uma ação clara e precisa.

b) Objetividade: o sujeito deve ser capaz de executar a tarefa proposta. Nesse caso não existem repostas certas ou erradas; e sim diferentes gostos, sentimentos e modos de ser.

c) Simplicidade: o item deve indicar um único propósito.

d) Clareza: o item deve utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas.

e) Relevância: o item deve ser coerente com o construto.

f) Variedade: deve-se variar a linguagem, pois o uso dos mesmos termos em todos os itens confunde e dificulta a diferenciação, além de provocar monotonia, cansaço e aborrecimento.

Ainda na etapa de construção, torna-se necessária a definição do método de coleta de dados. Quanto à EASHG, considera-se que possa ser aplicada por meio de entrevistas e na forma de questionário às gestantes com SHG, durante a consulta de pré-natal.

Vale ressaltar que, na EASHG, as gestantes que mais concordarem com os itens possuirão escores mais elevados de autoeficácia em prevenir complicações nas síndromes hipertensivas.

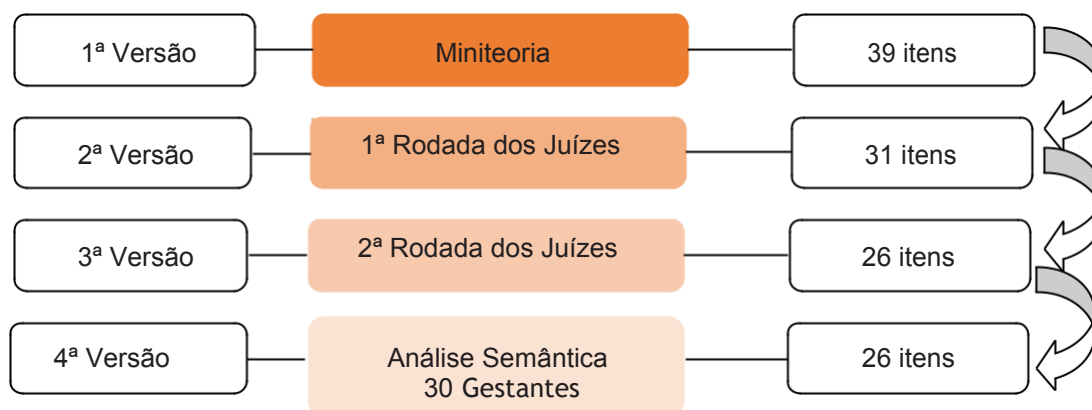
5.2.3 Análise dos itens

Após a operacionalização do construto por intermédio dos itens, seguindo os passos determinados por Pasquali (2010, 2013), foi necessário avaliar se os itens realmente representam adequadamente o construto. Essa análise foi realizada por expertises, neste estudo denominados juízes/especialistas da área do construto, bem como pela população-alvo.

5.2.3.1 Validade de Conteúdo e Validade Aparente

Os itens foram construídos mediante os critérios sugeridos por Pasquali (2010, 2013). Assim, a construção dos itens teve como base a revisão de literatura (1ª versão) e, para que se pudesse obter a última versão da EASHG, foram necessárias duas validações com juízes/especialistas (2ª e 3ª versões) e a análise semântica com as gestantes (4ª versão), conforme demonstra a FIGURA 9.

FIGURA 9 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO NÚMERO DE ITENS, DE ACORDO COM CADA VERSÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES NA PREVENÇÃO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ CONFORME OS PROCEDIMENTOS TEÓRICOS, PARANÁ, 2019



Fonte: A Autora (2019).

A validade de conteúdo indica que o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto e atender adequadamente seu domínio. Sua avaliação não está baseada em métodos objetivos que garantam uma cobertura adequada de um instrumento, mas sim em critérios empregados pelos juízes/especialistas (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Essa validade também é denominada de análise de conteúdo ou análise de construto, uma vez que procura verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s) (PASQUALI, 2013).

A análise de construto é uma etapa importante no desenvolvimento de um instrumento de medida, pois é possível avaliar se a escolha dos itens está apropriada para o instrumento, sendo os participantes dessa etapa juízes/especialistas (PASQUALI, 2010).

Já a validade aparente ou análise aparente, indica se o instrumento parece estar medindo o construto de forma apropriada (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011). Ela verifica, de forma subjetiva, por meio da opinião de juízes/especialistas, a legibilidade, a aplicabilidade e a clareza do instrumento, observando a clareza e a facilidade na leitura do item (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Um número de seis especialistas/juízes é o recomendado para realização das análises (PASQUALI, 2013). Para esse estudo, optou-se por uma quantidade par de juízes/especialistas (quatro) e, caso houvesse empate

de opiniões, haveria conformidade de opiniões entre a pesquisadora, a orientadora e a coorientadora da pesquisa.

Os juízes/especialistas foram selecionados após busca pelo nome dos professores e preceptores no banco de dados do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha (UFPR). Esse curso foi realizado em Curitiba/PR, após acordo de cooperação entre a Universidade Federal do Paraná e a Universidade Federal de Minas Gerais (CEEQ/UFMG/UFPR).

Ressalta-se que, para validação do instrumento, é necessário que os juízes/especialistas sejam *experts* na área de interesse do construto, pois somente assim serão capazes de avaliar adequadamente a representatividade dos itens (PASQUALI, 2010).

Dessa forma, os critérios de inclusão foram professores e preceptores do CEEQ/UFMG/UFPR e os critérios de exclusão foram professores/preceptores que estavam afastados por licenças e/ou férias.

Os referidos dados foram confirmados por meio de questionário de caracterização relacionado à qualificação e à trajetória profissional (APÊNDICE 2) entregue aos juízes/especialistas e preenchido por eles durante a primeira rodada de validação da escala.

A análise dos instrumentos pelos juízes/especialistas foi realizada em duas rodadas, sendo a primeira a distância e a segunda de forma presencial, mediante oficina de consenso, e registrada em formulários fornecidos pela pesquisadora.

Para a primeira rodada de análise (a distância), os juízes/especialistas receberam, em março de 2018, via e-mail, uma carta convite para participação da validação da 1ª versão da escala (APÊNDICE 3) e essa etapa ocorreu entre os meses de abril e maio de 2018.

Após o aceite para participação, foi entregue, de forma impressa, o material para análise da escala composto de: Carta de Orientação para Preenchimento dos Instrumentos (APÊNDICE 4), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialistas/Juízes (APÊNDICE 5), Questionário de caracterização – Especialistas/Juízes (APÊNDICE 2), Matriz de análise (APÊNDICE 1), Sinopse sobre a Teoria da Autoeficácia (APÊNDICE 6), Guia para Avaliação da Escala quanto ao Critério do Item (APÊNDICE 7), Formulário para Avaliação da Escala quanto aos Critérios dos Itens

(APÊNDICE 8), Instrumento Guia para Avaliação da Escala quanto à Autoeficácia (APÊNDICE 9) e o Formulário para Avaliação da Escala quanto à Autoeficácia (APÊNDICE 10). Para essa rodada, foi solicitado um prazo de 10 dias para devolução do instrumento, sendo prorrogado pelo mesmo período. Dessa forma, todos os instrumentos foram devolvidos no mês de maio de 2018.

Para identificar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) da escala durante o processo de análise das respostas, a estruturação do banco de dados foi realizada por meio do *Software Excel* e a análise foi descritiva, por meio de tabelas de frequência, realizada no *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0.

O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes/especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento de seus itens, permitindo analisar cada item individualmente e depois o instrumento como todo (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Quando uma nova escala é desenvolvida, espera-se que os pesquisadores sigam procedimentos rigorosos de desenvolvimento de escala e forneçam informações abrangentes tanto sobre a confiabilidade quanto sobre a validade (POLIT; BECKER, 2006). Para isso, torna-se necessário indicar qual método foi utilizado para efetuar o cálculo de IVC (POLIT; BECKER, 2006). Dessa forma, conforme sugerido por Polit e Becker (2006), para efetuar o cálculo do IVC, foram realizadas três equações matemáticas: Validade de Conteúdo de Itens para todos os itens da escala (SVI-Ave); Validade de Conteúdo de Itens Individuais (SCVI/UA) que mede a proporção de itens de uma escala que atinge escores 3 e 4, por todos os especialistas, e a Validade de Conteúdo dos Itens Individuais (I-CVI).

O cálculo do IVC foi realizado baseando-se nas respostas dos juízes/especialistas com relação ao grau de relevância de cada item. Foram avaliados quanto à objetividade, à simplicidade, à clareza, à relevância, à variedade em relação à linguagem e a avaliação quanto às fontes de autoeficácia.

Dessa maneira, os itens foram classificados como: (1) Irrelevante, (2) Pouco Relevante, (3) Relevante e (4) Muito Relevante (PAQUALI, 2010; 2013; POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Os dados foram contabilizados, analisados estatisticamente e considerou-se como critério de pertinência do item de, pelo menos, 80% de concordância entre os juízes, sendo que os itens que não atingiram tal porcentagem foram descartados das próximas versões da escala (PASQUALI, 2010).

As sugestões fornecidas foram compiladas e, para cada uma, foi gerado um documento com o *feedback* das alterações e posterior discussão durante a segunda rodada.

Na semana anterior à oficina de consenso, foi encaminhado aos juízes/especialistas um e-mail com informações sobre a continuação do processo de validação, além de informações sobre data, horário e local para reunião.

A segunda rodada, denominada de oficina de consenso, ocorreu de forma presencial, com escala composta por 31 itens, pois após análise do IVC, oito itens foram excluídos da versão anterior. Essa rodada foi realizada no mês de junho de 2018, nas dependências do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde. A oficina foi realizada em sala disponível por essa Universidade em dia e horário que não ocorreu o impedimento das aulas.

A oficina de consenso foi realizada para que os juízes/especialistas pudessem comparar as respostas, as sugestões fornecidas e a análise estatística de cada item, de modo a avaliar se a nova versão do instrumento ficou de forma adequada. A escolha dos mesmos sujeitos deveu-se por estes terem sido considerados uma amostra extremamente qualificada para realizar as análises, não havendo a necessidade de expandi-la, tampouco de substituí-la.

A oficina de consenso iniciou com breve explanação sobre a construção teórica do construto e as respectivas dimensões, bem como do processo de elaboração da matriz avaliativa do atributo. Durante essa oficina, os especialistas analisaram os itens individualmente e depois de forma coletiva, realizando alterações e/ou exclusão de itens. Essa análise ocorreu em formulários que foram distribuídos em pastas individuais contendo: Sinopse sobre a Teoria da Autoeficácia (APÊNDICE 6), Formulário para Avaliação da Escala quanto aos Critérios dos Itens e Autoeficácia (APÊNDICE 11).

Vale ressaltar que, nas duas rodadas, todas as sugestões dos juízes foram levadas em consideração, sendo realizadas algumas modificações nos itens para melhor entendimento das afirmações.

Após a finalização da reunião, os dados foram contabilizados, analisados estatisticamente e, mais uma vez, considerou-se como critério de pertinência do item de, pelo menos, 80% de concordância entre os juízes/especialistas, sendo que os itens que não atingiram tal porcentagem foram descartados para próxima versão da escala (PASQUALI, 2010). O teste estatístico utilizado foi o mesmo da primeira rodada.

Após a realização dos testes estatísticos nessa etapa, foi realizada a exclusão de cinco itens, dessa forma, a 3ª versão para a análise semântica foi composta por 26 itens (FIGURA 9).

5.2.3.2 Análise Semântica

Após as duas versões dos instrumentos terem sido validadas pelos juízes/especialistas, originou-se a 3ª versão da escala com 26 itens (APENDICE 12). Essa versão foi aplicada em setembro de 2018, às gestantes com diagnóstico de SHG e que estivessem em acompanhamento no ambulatório de alto risco em Hospital Universitário de referência para gestantes de alto-risco.

A amostra foi estabelecida por conveniência, por meio de busca direta no ambulatório de alto risco, nos dias de consulta de pré-natal, em período destinado à coleta de dados. Os critérios de inclusão nessa fase da pesquisa foram gestantes com diagnóstico de SHG, maiores de 18, que estavam em acompanhamento no ambulatório de pré-natal de alto risco e os critérios de exclusão, gestantes com nacionalidade estrangeira.

As gestantes foram informadas e convidadas, pela pesquisadora, a participar da pesquisa, no ambulatório de pré-natal de alto risco e convidadas a participar da pesquisa, por meio de abordagem direta, na sala de espera do ambulatório e preencheram: Escala de Autoeficácia de Gestantes na Prevenção de Complicações das Síndromes Hipertensivas da Gravidez (EASHG) (APÊNDICE 12), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Gestantes (APÊNDICE 13) e o Formulário do Perfil Sociodemográfico e Dados

Obstétricos (APÊNDICE 14), após orientações quanto ao preenchimento, cada participante respondeu à escala de forma individual.

Conforme sugestão de Pasquali (2010), a maneira mais eficiente para análise semântica é a aplicação do instrumento para uma amostra de 30 sujeitos para testar a compreensão dos itens e, em seguida, discutir com eles as dúvidas que surgirem dos itens.

Nessa análise deve-se verificar se os itens estão compreensíveis para a população-alvo, isto é, averiguar a forma como os itens estão descritos, evitando frases inapropriadas (PASQUALI, 2010).

Para contemplar essa etapa, o instrumento foi aplicado às gestantes e, em seguida, certificou-se se havia dúvidas na compreensão dos itens. Conforme Pasquali (2010), se os itens se mantiverem compreensíveis em uma ou duas sessões, não necessitam de novos testes.

As respostas dos instrumentos foram realizadas em sala própria disponível neste ambulatório, que ofereceu privacidade e não comprometeu o atendimento assistencial ou o fluxo de trabalho.

Durante a análise semântica, não houve nenhuma dúvida, sugestão e/ou alteração quanto às palavras e itens da escala. Dessa forma, obteve-se a validação semântica do instrumento, permanecendo com 26 itens.

5.3 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS

Nessa fase foram desenvolvidas as etapas de planejamento da aplicação da EASHG, que contou com a participação de 262 gestantes com SHG, posterior às etapas do procedimento teórico.

▪ Local de Aplicação da EASHG

O procedimento experimental foi desenvolvido entre os meses de outubro de 2018 a abril de 2019, no ambulatório de atendimento para gestantes de alto risco de um Hospital Universitário (HU) que é referência para o atendimento de gestações de alto risco e de alta complexidade.

O HU é um hospital público federal, que se caracteriza por ser um hospital de ensino, do Sul do Brasil. Presta atendimento a toda população do

estado do Paraná, sendo também procurado por outros, por ser referência nacional em serviços especializados.

Essa instituição possui, dentre os diversos setores, os serviços de: Ginecologia, Pronto Atendimento Obstétrico, Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, Neonatologia e Banco de Leite Humano.

É uma instituição que faz parte da Rede Cegonha, possui o título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) desde 1995, cumprindo assim os critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014 com relação aos 10 passos preconizados pela IHAC. E, desde 2014, como parte de suas práticas, aplica o método Mãe Canguru. Além de receber alunos dos diversos cursos da área de saúde (graduação e pós-graduação), para trabalhar com ensino, pesquisa e extensão, possui o programa de residência médica e multiprofissional com diversas especialidades.

▪ População e amostra

A população do estudo foi composta por gestantes maiores de 18 anos, com diagnóstico de SHG, que estavam em acompanhamento no ambulatório de pré-natal de alto risco do HU. Os critérios para inclusão nessa fase foram: gestantes maiores de 18 que estavam em acompanhamento no ambulatório de pré-natal de alto risco devido ao diagnóstico de SHG. Quanto ao critério de exclusão adotado foi: gestantes com nacionalidade estrangeira.

Pasquali (2010) recomenda que a amostra deve ser grande o suficiente para que as análises estáticas não sejam prejudicadas, dessa forma sugere duas opções para determinação da amostra. A primeira, diz respeito à quantidade de fatores existentes na escala, isto é, a amostra deve conter o mínimo de 100 participantes por fator medido. Já a segunda opção tem relação com a quantidade itens, ou seja, são necessários 10 participantes para cada item da escala.

Ressalta-se que, para a construção dessa escala, foi utilizada a segunda opção, recomendada por Pasquali (2010), dessa forma, como a escala possui 26 itens, foram necessários, no mínimo 260 participantes que atendessem aos critérios de inclusão do estudo.

A amostra citada foi obtida por conveniência, isto é, as gestantes eram convidadas a participar da pesquisa no momento que buscavam atendimento no ambulatório do CHC/UFPR, enquanto aguardavam a consulta.

- Planejamento da Aplicação e Coleta de Dados

Ao construir e aplicar um instrumento de pesquisa deve-se planejar a aplicação e o método para coleta de dados. Desse modo, a EASHG foi desenvolvida para ser aplicada por meio de entrevista ou de maneira autoaplicada, ou seja, a gestante deve responder ao instrumento em local tranquilo e sem interrupções, durante a consulta de pré-natal.

- Instrumentos

Os instrumentos utilizados no momento da coleta de dados foram a versão com 26 itens da EASHG (APÊNDICE 12) e o formulário elaborado, validado e pré-testado pela pesquisadora, o qual abordava dados relacionados, como o perfil sociodemográfico e dados obstétricos (APÊNDICE 13), além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Gestantes (APÊNDICE 14).

- Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, do formulário com dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e o preenchimento autoaplicável da EASHG, esta opção foi escolhida para se evitar possíveis vieses durante as repostas, isto é, as respostas dadas pelos entrevistados podem ser afetadas pela chamada deseabilidade social, quando as pessoas buscam responder às perguntas de forma favorável por estarem diante do pesquisador.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, por voluntários e por bolsistas de Iniciação Científica do Programa da orientadora, previamente treinados pela pesquisadora para a coleta de dados. Cada abordagem durou, em média, 10 minutos.

- Organização dos dados para análise

O banco de dados foi desenvolvido no programa Excel 2007 (*Microsoft Office*), após digitação de todos os dados, checados e corrigidos, foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 e, assim, foi possível proceder as análises.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas, gráficos e quadros e as análises dos dados foram realizadas por meio de dados de testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Para essa fase da pesquisa, solicitou-se o apoio de um profissional estatístico.

Os testes estatísticos foram selecionados conforme a necessidade de análise dos dados e conforme a recomendação de Pasquali (2010, 2013) e teve o intuito de se alcançar a validade e a confiabilidade do instrumento, sendo estes apresentados na etapa de procedimentos analíticos. Todas as análises estatísticas tiveram assessoria de um profissional estatístico.

5.4 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Nos procedimentos analíticos foram estabelecidas as análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para alcançar um instrumento válido e preciso.

Construir um instrumento confiável e válido é fundamental para o sucesso da pesquisa (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011). Assim, a confiabilidade de um instrumento está relacionada à probabilidade que os mesmos resultados sejam obtidos com uma amostra de sujeitos completamente nova, e a validade se refere à precisão do instrumento em medir a variável que se busca medir (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

Para realização da validação de instrumentos de medidas, as técnicas mais conhecidas são: validade de construto, validade aparente, análise semântica (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

5.4.1 Dimensionalidade

As análises estatísticas que são realizadas num instrumento, no seu todo e em cada item, fazem a suposição que o instrumento seja unidimensional, isto é, que todos os itens do instrumento estejam medindo um ou o mesmo construto (PASQUALI, 2010).

5.4.1.1 Validade do Construto

É considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos e constitui a maneira direta de verificar a legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (PASQUALI, 2010)

- **Análise fatorial**

A análise fatorial (AF) produz resultados importantes com os quais se pode tomar decisões sobre a qualidade dos itens, bem como o instrumento como um todo (PASQUALI, 2010). A análise fatorial foi obtida por meio da Matriz de Correlação de Person, Critério de Kaiser, Regra de *Screeplot* e a Rotação Equimax. Para execução dessa análise utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

A análise fatorial é uma técnica multivariada, isto é, permite a análise e a interpretação de conjunto de dados de natureza quantitativa, com grande número de variáveis de forma simplificada, portanto, reduzindo a massa de dados (NEISSE, HONGYU; 2016). Essa análise é considerada uma técnica sofisticada, complexa e utilizada na avaliação de testes e escalas, pois no desenvolvimento inicial de instrumentos é criada uma diversidade de itens que, por meio da análise fatorial, são refinados e reduzidos na forma de domínios ou fatores (PASQUALI, 2010).

A AF engloba técnicas multivariadas que procuram evidenciar variáveis latentes (fatores) que influenciam a variabilidade de um grupo (PASQUALI, 2010). O fator tem como objetivo agrupar variáveis altamente correlacionadas com uma perda mínima de informação (DAMÁSIO, 2012).

A validade de construto é realizada pela análise fatorial (AF) e demonstra quantos fatores e se o item é um bom representante para esse fator (PASQUALI, 2010). As cargas fatoriais podem ir de -1,00 a + 1,00 e para

afirmar se o item está bem representado, são necessárias cargas acima de 0,50 (PASQUALI, 2010). Dessa forma, os itens que obtiveram carga fatorial menor que 0,50 foram excluídos da EASHG.

- Fidedignidade

O termo fidedignidade sugere confiabilidade, portanto, é a qualidade dos escores de teste que mostram se eles são suficientemente consistentes. Se um teste for descrito como fidedigno, sugere-se que sua confiabilidade foi estabelecida em todos os aspectos (PASQUALI, 2010). Nesse estudo, a fidedignidade foi testada utilizando o Coeficiente Alfa e pelo Método das Metades (Split-Half).

- Coeficiente Alfa

Esse é um dos procedimentos mais utilizados para avaliação da consistência interna, que visa verificar a homogeneidade da amostra de itens do teste. Destarte, verifica se as questões da escala se correlacionam ou se complementam umas às outras (PASQUALI; 2010, 2013).

A homogeneidade foi realizada por meio do alfa de *Cronbach*, onde foi possível comparar cada questão da escala, uma com a outra (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

No presente estudo, o cálculo de alfa Cronbach foi realizado utilizando as respostas das 262 gestantes da 4ª versão do instrumento, por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

- Fidedignidade pelo Método das Metades (Split-Half)

Nesse teste, os indivíduos respondem a um único teste em uma única ocasião. O teste é dividido em duas partes equivalentes e a correlação é calculada entre os escores obtidos nas duas metades (PASQUALI, 2010).

Na EASHG, para efetuar essa análise de precisão, utilizamos a divisão do teste em itens pares e itens ímpares (PASQUALI, 2010).

5.4.1.2 Validade Aparente

Da mesma forma como acontece com a confiabilidade, a validade aparente indica se o instrumento está medindo de forma apropriada o construto (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011), além de determinar se os itens estão apropriados (PASQUALI, 2010).

5.4.1.3 Análise Semântica

Nessa etapa, verifica-se se todos os itens são compreensíveis para a população a que se destina o instrumento por meio da aplicação do instrumento (PASQUALI, 2010; 2013).

5.5 NORMATIZAÇÃO

Apesar de o instrumento ter sido submetido às análises anteriormente citadas, é necessário que seja realizada a normatização, o que facilita no momento da interpretação dos dados, e a uniformidade em todos os procedimentos no uso de um instrumento válido e preciso (PASQUALI, 2010).

Os escores dos instrumentos foram somados e classificados, a fim de identificar os intervalos de níveis de baixa, moderada e elevada autoeficácia. Diante dessa classificação foi possível realizar a associação entre os escores obtidos pelas gestantes e a prevenção de complicações das SHG, além de identificar ações que possam ser realizadas pelos enfermeiros para o aumento da autoeficácia das gestantes.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, parecer 2.323.689 (ANEXO 2).

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e a inclusão de cada um só foi realizada após a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 5 e 14)

respeitando o anonimato, conforme as Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa etapa, foram apresentados e discutidos todos os passos preconizados pelo referencial metodológico e pelo referencial teórico.

6.1 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS

Nos procedimentos teóricos, foi necessário um levantamento de toda evidência científica para, assim, chegar a uma miniteoria (PASQUALI, 2010) que guiasse a elaboração de um instrumento de medida. Nessa fase também foram realizadas a validade dos juízes/especialistas e a validade semântica com a população-alvo.

6.1.1 Identificação e aprofundamento do construto “prevenção de complicações nas Síndromes Hipertensivas da Gravidez”.

Seguindo as etapas propostas por Pasquali (2010, 2013), cada instrumento foi realizado com base na literatura existente sobre o construto.

Dessa forma, a pesquisadora, durante o processo de construção da escala, obteve aproximação com a temática após vasta pesquisa em banco de dados sobre o construto e, assim, pode delimitar e aprofundar o objeto de estudo e concluir o passo denominado “Sistema Psicológico”.

Buscando reunir conhecimentos que embasassem o segundo passo preconizado pelo referencial metodológico “propriedade do procedimento psicológico”, delimitou-se o objeto de estudo de forma restrita, ou seja, “prevenção de complicações nas Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG)”.

Quanto à dimensionalidade, que é o terceiro passo do referencial, após recorrer à literatura, observou-se que para a prevenção de complicações nas SHG, o principal recurso utilizado é o tratamento medicamentoso. Dessa forma, devido à inexistência de teoria sólida sobre o construto, realizou-se levantamento na literatura para que pudesse proporcionar uma nova visão sobre o tema.

Assim, inicialmente, foram encontradas as definições constitutivas e operacionais referentes ao construto estudado.

- Definição Constitutiva

“Prevenir” significa “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize” (FERREIRA, 2010). Já o termo “prevenção” é um substantivo feminino com origem no latim tardio, *praeventio*, tratando-se do “Ato ou efeito de prevenir(-se)” (FERREIRA, 2010).

Em relação à saúde, prevenção orienta às ações de detecção, controle e os mecanismos necessários para diminuição dos fatores de risco das doenças (BUSS, 2003). A prevenção em saúde necessita de uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história da doença a fim de tornar improvável o seu progresso (CZERESNIA, 2003).

Quanto às ações preventivas, podem ser definidas como procedimentos orientados a evitar o aparecimento de agravos específicos, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2003).

Já a prevenção de complicações está relacionada aos possíveis problemas do paciente e aos fatores de risco intrínsecos ou extrínsecos ao indivíduo e cujo controle frequentemente requer intervenção dos enfermeiros (FREIRE, LUMINI, MARTINS, MARTINS, PERES; 2016).

A doença para a qual se pretende evitar as complicações é a hipertensão mas, especificamente, a SHG. O diagnóstico de hipertensão arterial na gravidez é realizado quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140/90 mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas (BRASIL, 2010).

A SHG pode ser classificada como: Pré-Eclâmpsia, quando a hipertensão surge após a 20ª semana de gestação e está associada à proteinúria ($\geq 0,3$ g de proteína em urina de 24 horas ou ≥ 2 cruces em amostra de urina); Hipertensão Crônica, identificada antes da gestação ou antes da 20ª semana e Pré-Eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, que ocorre quando a paciente apresenta hipertensão prévia e proteinúria após a 20ª semana de gestação (BRASIL, 2013; WHO 2011).

Dependendo das complicações da hipertensão arterial na gestação, esta pode ocasionar danos irreversíveis para o binômio, dessa forma, quanto mais precoce o diagnóstico, maiores são as possibilidades de uma gestação sem complicações (THULER et al., 2018).

- Definição Operacional

Com as definições constitutivas, foi possível iniciar uma operação concreta para a construção dos itens baseado na legitimidade da representação empírica (comportamental) e dos traços latentes (os construtos) (PASQUALI, 2010).

De um total de 271 artigos identificados, 75 foram selecionados para integrar a revisão integrativa. Conforme TABELA 1, observa-se um aumento das publicações ao longo dos anos, com significativo acréscimo a partir do ano de 2007. Essa tendência ascendente é observada em todas as regiões, embora a América do Norte, Europa, região da América do Sul e Caribe tiveram semelhante distribuição, enquanto a Ásia apresenta-se com estudos majoritariamente nos últimos seis anos.

Os estudos foram realizados em 19 países, com mais de 50% das produções concentradas em países da América do Norte e Europa, seguido pela América do Sul e Caribe que representou pouco mais de um quinto das publicações e, com menor apresentação, de países da Oceania (9,21%), Ásia (7,90%) e África (6,57%).

O idioma predominante das publicações foi o inglês (80,26%), com uma ascensão nesse idioma, bem como em espanhol, enquanto na língua portuguesa evidenciou-se diminuição ao longo do período. Quanto à metodologia dos estudos, houve predominância de metodologias quantitativas (98,68%), com apenas um trabalho (1,32%) de caráter qualitativo.

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS SEGUNDO QUINQUÊNIOS, PARANÁ, 2019.

Variáveis	Quinquênios				
	1992-1996	1997-2001	2002-2006	2007-2011	2012-2016
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Publicações (n=75)	4 (5,33)	8 (10,66)	10 (13,33)	23 (30,66)	30 (40,00)
Regiões do mundo					
América do Norte (n= 24)	2 (8,33)	3 (12,50)	1 (4,17)	9 (37,50)	9 (37,50)
Europa (n=17)	1 (5,88)	4 (23,53)	4 (23,53)	4 (23,53)	4 (23,53)
América Sul e Caribe (n=16)	1 (6,25)	1 (6,25)	3 (18,75)	6 (37,50)	5 (31,25)
Oceania (n=7)	-	-	1 (14,29)	4 (57,14)	2 (28,57)
Ásia (n=6)	-	-	-	-	6 (100,00)
África (n=5)	-	-	1 (20,00)	-	4 (80,00)
Idioma de Publicação					
Inglês (n= 60)	3 (5,00)	6 (10,00)	9 (15,00)	17 (28,34)	25 (41,66)
Espanhol (n= 8)	1 (12,50)	1 (12,50)	1 (12,50)	2 (25,00)	3 (37,50)
Português (n=7)	-	1 (14,29)	-	4 (57,14)	2 (28,57)

Fonte: Thuler 2018

Após a leitura e análise dos estudos, evidenciaram-se três categorias: tratamento medicamentoso/suplementação (46,05%), estilo de vida (31,58%) e assistência pré-natal (22,37%), conforme apresentado na TABELA 2, com suas respectivas variáveis que foram estudadas após confrontação e resumo dos trabalhos.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS SEGUNDO VARIÁVEL EVIDENCIADAS PELOS ESTUDOS, PARANÁ, 2019.

Categoria/variável	Quinquênio				
	1992-1996	1997-2001	2002-2006	2007-2011	2012-2016
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tratamento Medicamentoso/ Suplementação (n=34)					
Ácido Acetilsalicílico	3 (18,75)	5 (31,25)	3 (18,75)	-	5 (31,25)
Cálcio	-	1 (20,00)	2 (40,00)	1 (20,00)	1(20,00)
Cálcio e Ácido Fólico	-	-	-	1 (100,0)	-
Ácido Fólico	-	-	-	-	2 (100,0)
Vitamina	-	-	-	-	1(100,0)
Vitamina C e E	-	-	2 (33,33)	4 (66,66)	-
Vitamina D	-	-	-	-	1(100,0)
Vitamina D e óleo de palma Óleo de Peixe	-	1 (100,0)	-	-	

Fonte: Thuler 2018

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS SEGUNDO VARIÁVEL EVIDENCIADAS PELOS ESTUDOS, PARANÁ, 2019.

Categoria/variável	Quinquênio				
	1992-1996	1997-2001	2002-2006	2007-2011	2012-2016
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Estilo de vida (n=25)					
Dieta	1 (20,00)	-	-	2 (40,00)	2 (40,00)
Exercício	-	-	-	2 (33,33)	4 (66,66)
Mudança de comportamento	-	-	1 (50,00)	-	1 (50,00)
Obesidade	-	-	-	2 (28,58)	5 (71,42)
Tabagismo	-	-	1 (20,00)	4 (80,00)	-
Assistência Pré-natal (n=16)					
Avaliação da Morbidade	-	-	-	5 (55,55)	4 (44,45)
Qualidade pré-natal	-	1 (20,00)	1 (20,00)	1 (20,00)	1 (20,00)
Educação em Saúde	-	-	-	1 (33,33)	2 (66,66)

Fonte: Thuler 2018

Tratamento Medicamentoso/Suplementação

Temas sobre tratamento medicamentoso/suplementação foram descritos em quase metade dos estudos (45,34%) como uma medida preventiva nas SHG, o fármaco de escolha evidenciado foi o Ácido Acetilsalicílico (ASS) (HERMIDA, AYALA, IGLESIAS, 2003; SUBTIL et al., 2003; VILLA et al., 2013; SOUZA et al., 2014; MOORE et al., 2015; ODIBO, GOETZINGER, ODIBO, TUULI, 2015; GONZÁLES et al., 2015; VAINIO et al., 2002; HAUTH et al., 1993; CARITIS et al., 1998; JIMÉNESZ, MEIJA, 1992; SIBAI et al., 1993; GOFFINET et al., 2001; HERMIDA et al., 1997; DOMÍNGUEZ, VILLA, RODRÍGUES, 2001; SUBTIL et al., 2003). A ação do cálcio foi avaliada em cinco (20%) estudos (HILLER et al., 2007; ALZATE, HERRERA-MEDINA, MEDINA, PINEDA, 2015; HERREA et al., 2006; LEVINE et al., 1997; VILLAR et al., 2006), bem como a variação de cálcio com ácido fólico (SILVA et al., 2010).

A suplementação com vitaminas emergiu de forma discreta no decorrer das publicações e foi descrita em nove dos estudos (KIONDO et al., 2014; XU et al., 2010; SPINNATO et al., 2008; BEAZLEY et al., 2005; RUMBOLD et al., 2006; ROBERTS et al., 2010; VILLAR et al., 2009; BURRIS et al., 2014; MAHDY et al., 2013) abrangendo principalmente a suplementação com vitamina C e E (XU et al., 2010; SPINNATO et al., 2008; BEAZLEY et al.,

2005; RUMBOLD et al., 2006; ROBERTS et al., 2010; VILLAR et al., 2009) em associação.

A suplementação com antioxidantes evidenciou que não houve contribuição do uso na redução da incidência de pré-eclâmpsia ou ocorrência de desfechos maternos ou neonatais adversos (KIONDO et al., 2014; XU et al., 2010; SPINNATO et al., 2008; BEAZLEY et al., 2005; RUMBOLD et al., 2006; ROBERTS et al., 2010; VILLAR et al., 2009; BURRIS et al., 2014; MAHDY et al., 2013), tanto no uso individual de vitaminas, como C (KIONDO et al., 2014) e D (BURRIS et al., 2014), bem como em associação de vitamina E ao óleo de palma (MAHDY et al., 2013) e o uso isolado de óleo de peixe (OLSEN et al., 2000), sendo que ambos não apresentaram efeitos comprovadamente benéficos durante o pré-natal.

O uso de ASS em doses baixas teve destaque ao contribuir efetivamente para o controle da pressão arterial e reduzir significativamente a incidência de complicações hipertensivas (SUBTIL et al., 2003; GOFFINET et al., 2001) e deve ser iniciado antes da 20ª semana gestacional (BRASIL, 2013; SOUZA et al., 2014; ODIBO et al., 2015; GONZÁLEZ et al., 2015; VAINIO et al., 2002; CARITIS et al., 1998; JIMÉNEZ, MEIJA, 1992; HERMIDA et al., 1997), uma vez que sua utilização, após o terceiro trimestre, não apresenta efeitos favoráveis (DOMÍNGUEZ, VILLA, RODRÍGUEZ, 2001).

Nesse sentido, o pré-natal de qualidade permite a identificação e o acompanhamento precoce de alterações nos níveis pressóricos das gestantes e possibilita o controle do agravo, uma vez que, nos casos de hipertensão grave, deve-se proceder com o tratamento com medicamentos anti-hipertensivos, iniciados precocemente para o alcance de melhores resultados (BRASIL, 2013).

Contudo, apesar dos efeitos positivos com tratamento medicamentoso, houve estudos que evidenciaram que a utilização do AAS não teve impacto na redução dos níveis pressóricos das gestantes (MOORE et al., 2015; HAUTH et al., 1993), sem efeito sobre a taxa de parto prematuro (VILLA et al., 2013). Não deve ser utilizado em gestantes sem hipertensão (SIBAI et al., 1993), nem como uso profilático rotineiro durante a pré concepção, incorrendo seu uso no aumento das complicações hemorrágicas (HERMIDA, AYALA, IGLESIAS; 2003).

Agentes antiplaquetários estão entre os medicamentos mais promissores para a prevenção da pré-eclâmpsia (SUBTIL et al., 2003) e, quando combinado com cálcio (2 g), demonstram uma redução na taxa de pré-eclâmpsia sobreposta em 28,6% e na taxa de restrição de crescimento fetal em 80,8% em mulheres com hipertensão crônica e com doppler anormal no segundo trimestre (VILLA et al., 2013), corroborando as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomendam uma dose baixa (75 mg/dia) de AAS antes das 20 semanas de gravidez (WHO, 2011).

Em contrapartida, o consumo de ácido fólico (400 ug) (LI et al., 2013) e a suplementação com vitaminas C e E durante a gravidez não se mostraram eficazes na prevenção da ocorrência de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia (KIONDO et al., 2014; XU et al., 2010; SPINNATO et al., 2008; BEAZLEY et al., 2005; RUMBOLD et al., 2006; ROBERTS et al., 2010; VILLAR et al., 2006; BURRIS et al., 2014; MAHDY et al., 2013), bem como outras complicações, como o risco de restrição de crescimento intrauterino (RUMBOLD et al., 2006).

A suplementação com cálcio antes da 20ª semana de gestação produziu diminuição significativa da incidência da pré-eclâmpsia (HILLER et al., 2007; ALZATE et al., 2015), o que coaduna com as orientações da OMS que recomenda a suplementação de cálcio em regiões nas quais a ingestão de cálcio alimentar é baixa (WHO, 2011). A suplementação do cálcio obteve efeitos positivos em adolescentes (HERREA et al., 2006) e na pressão arterial dos filhos de gestantes com hipertensão (HILLER et al., 2007) reduzindo a gravidade das SHG e da morbimortalidade materna (VILLAR et al., 2006), mas os mesmos efeitos não foram observados em nulíparas (LEVINE et al., 1997).

Apesar da evidência disponível, um dos estudos demonstrou que nem o cálcio durante a gravidez nem o ácido fólico durante o período periconcepcional são rotineiramente prescritos (SILVA et al., 2010).

Ao avaliar a proporção de pacientes em acompanhamento de pré-natal que receberam a prescrição de suplementação de cálcio, observou-se que 10,40% das gestantes receberam prescrição para suplementação de cálcio. Da mesma forma, 43,20% foram orientadas a consumir uma quantidade maior de alimentos ricos em cálcio (SILVA et al., 2010).

No entanto, para que a utilização de medicações para prevenção de complicações e desenvolvimento das SHG seja eficaz, torna-se necessário conhecer as dúvidas, hábitos e cultura das gestantes, para que os medicamentos sejam tomados de forma regular, correta e que tenham conhecimento dos possíveis efeitos colaterais, além da facilidade de acesso.

Estilo de Vida

Essa categoria está composta por 25 (33,33%) estudos, estão incluídas pesquisas relacionadas à dieta (20,83%) (OKEN et al., 2007; BUUL et al., 1995; SAFTLAS et al., 2010; VESCO et al., 2014; SCHOENAKER et al., 2015), à prática de exercícios físicos (25,00%) (ZAVORSKY, LONGO, 2011; MOYER et al., 2015; DOMINGUES et al., 2015; SPRACKLEN et al., 2016; RAKHSHANI et al. 2012; GRAZULEVICIENE et al., 2014); à mudança de comportamento (8,33%) (TESSEMA, TEKESTE, AYELE, 2015; ANORLU, IWUALA, ODUM, 2005); à obesidade durante e antes do período gravídico (29,16%) (MOCHHOURY et al., 2013; KOH et al., 2015; McGIVERON et al., 2015; NITERT et al., 2011; FERESU, WANG, DICKINSON, 2015; MCCARTHY et al., 2016; ATHUKORALA et al., 2010); e ao tabagismo (16,66%) (MUKTABHANT et al., 2015; CHAPPELL et al., 2008; JEYABALAN et al., 2010; BAKKER et al., 2010; ENGEL et al., 2008). Considerando todo o período de estudo, observa-se que somente a partir dos anos 2000 houve interesse na participação das gestantes na prevenção das complicações das SHG.

A obesidade e o ganho de peso excessivos durante a gravidez aumentam o risco de complicações obstétricas e neonatais, particularmente a hipertensão e a hemorragia pós-parto, assim, são necessárias estratégias preventivas e eficazes (MOCHHOURY et al., 2013; KOH et al., 2015; McGIVERON et al., 2015; NITERT et al., 2011; FERESU, WANG, DICKINSON, 2015; MCCARTHY et al., 2016; ATHUKORALA et al., 2010). Para tanto, as mulheres em idade fértil devem ser encorajadas a consumir uma dieta saudável (SCHOENAKER et al., 2015).

A prevenção da hipertensão induzida pela gravidez pode ser difícil quando apenas está focada na redução do ganho de peso, sendo necessária,

também, a educação materna (KOH et al., 2015) por meio da elaboração de campanhas (NITERT et al., 2011).

A intervenção intensiva e personalizada de gerenciamento de peso pode ser uma estratégia eficaz para prevenção de distúrbios hipertensivos durante a gravidez (McGIVERON et al., 2015), porém, uma simples intervenção de autopesagem e conselhos dietéticos não impediram complicações obstétricas para mulheres com IMC de 25 ou mais (McCARTHY et al., 2016).

Os esforços de prevenção da obesidade pré-gravidez devem incluir as crianças, adolescentes e mulheres jovens, reduzindo futuras complicações maternas relacionadas à obesidade (FERESU, WANG, DICKINSON, 2015).

Encorajar as grávidas a terem um comportamento saudável pode proporcionar o diagnóstico da pré-eclâmpsia o mais cedo possível (OLIVEIRA, GRACILIANO; 2015). A redução de peso, o bom controle da hipertensão crônica e a redução de condições estressantes durante a gravidez podem ser passos para a prevenção primária desse transtorno (ANORLU, IWUALA, ODUM, 2005).

Segundo a OMS, o estilo de vida é o conjunto de costumes influenciados, modificados, encorajados ou inibidos (WHO; 2011). Assim, utilizar campanhas educativas, compartilhar experiências positivas, potencializar as habilidades e aumentar a satisfação da mulher, pode encorajá-las na busca de um estilo de vida saudável.

A modificação do estilo de vida produziu menor ganho de peso gestacional, melhorando a saúde materna e infantil (VESCO et al., 2014), pois foi observado que a redução na ingestão de sódio, gordura, proteína e cálcio, limita o ganho de peso materno (BUUL et al., 1995) e a promoção de uma dieta saudável representa uma estratégia ideal para prevenção das SHG (MOYER et al., 2015).

Estudos adicionais devem ser realizados com alimentos para confirmar seus efeitos protetores na prevenção de SHG, como a ingestão de ácidos graxos, leite, magnésio e folato (OKEN et al., 2007), a ingestão de chocolate (SAFTLAS et al., 2010) e a dieta estilo mediterrâneo (ZAVORSKY, LONGO, 2015).

A realização de atividade física também é recomendada para melhor resultado na saúde das gestantes (ZAVORSKY, LONGO, 2015) e para

prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas como obesidade, hipertensão e diabetes (MOYER et al., 2015).

A prevalência de atividades físicas durante a gravidez é extremamente baixa e uma grande maioria diminui ou até desiste da realização do exercício (DOMINGUES et al., 2015). Mulheres que praticam atividade física durante a gravidez tendem a ter menor risco de parto prematuro (DOMINGUES et al., 2015) e de pré-eclâmpsia (SPRACKLEN et al., 2016).

Observa-se a necessidade da realização de atividades independentemente do estilo, pois estudo sugere que o yoga pode reduzir a frequência de transtornos hipertensivos na gravidez, diabetes gestacional, restrição de crescimento intrauterino e possivelmente melhorar resultados fetais (RAKSHANI et al., 2012).

Em outro estudo, foi observado que a proximidade do local de residenciais aos espaços verdes está associada com menor pressão arterial entre as mulheres grávidas, pois ocorre o aumento da atividade física e recreativa, diminuindo o stress e a obesidade (GRAZULEVICIENE et al., 2014).

Evidências de alta qualidade indicam que dieta ou exercício, ou ambos, durante a gravidez, podem incluir um menor risco de cesariana, macrosomia e morbidade respiratória neonatal, além da redução da hipertensão materna (MUKTABHANT et al., 2015).

Fumar é um fator de risco independente para a pré-eclâmpsia sobreposta em hipertensão crônica, destacando a alta prevalência de restrição do crescimento fetal (CHAPPELL et al., 2008). Assim, estratégias para prevenir o tabagismo durante a gravidez devem ser focadas durante o período de pré-concepção (JEYABALAN et al., 2010). No entanto, não houve associação aparente entre o tabagismo e o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, inclusive em mulheres jovens (JEYABALAN et al., 2010; ENGEL et al., 2008).

Dessa forma, devem-se implementar estratégias a fim de sensibilizar as gestantes para adoção de atitudes e comportamentos para uma vida saudável, envolvendo mudança de estilo de vida e crenças, o que exige que os enfermeiros trabalhem de forma mais dinâmica, criativa e interativa

Assistência Pré-Natal

A assistência pré-natal foi observada em 16 (21,33%) estudos, evidenciando menor atenção ao aspecto profissional da atenção primária à saúde (APS), de promoção e prevenção de agravos à saúde da população, conforme preconizado pelas diretrizes ministeriais (BRASIL, 2012b). Nessa categoria foram pesquisadas variáveis relacionadas à avaliação da morbidade em nove (52,94%) estudos (SANTANA et al., 2011; LANGE et al., 2008; VEGA, KAHHALE, ZUGAIB, 2007; COSTA et al., 2013; SOARES et al., 2009; SAVIATO et al., 2008; PARMAR et al., 2015; YANG et al. 2014; HERRERA et al., 2014); a qualidade nos cuidados no pré-natal foi identificada em quatro (25%) das publicações (FERRÃO et al., 2006; GONZÁLEZ et al., 2012; CABALLERO et al., 2011; MCGILL et al., 2000), a educação em saúde em três (18,75%) estudos (ALMEIDA, SOUZA 2016; COSTA, RABELO, LIMA, 2014; SÁNCHEZ, FERRER, FERRER, 2009). Consoante o observado na categoria anterior, publicações relativas a esse assunto associado à SHG são observadas apenas a partir do ano 2000.

Durante a assistência ao pré-natal, deve-se adequar intervenções para redução de complicações das mortes maternas, além do comprometimento dos profissionais de saúde na melhoria da assistência ao pré-natal (BRASIL, 2013; WHO, 2011). As equipes de saúde devem aprimorar o atendimento à gestante, com atribuição do risco gestacional, para contribuir com a continuidade da redução da mortalidade materna e infantil (SANTANA et al., 2011; SOARES et al., 2009; SAVIATO et al., 2008; CABELLERO et al. 2011). A assistência adequada no pré-natal é primordial a partir do início da gravidez, quando a implementação de intervenções específicas pode reduzir a mortalidade materna e perinatal (FERRÃO et al., 2006).

As complicações da hipertensão arterial são responsáveis pelas altas taxas de morte materna relacionada à gravidez e o acompanhamento adequado da gestante hipertensa durante e após o parto são medidas importantes para melhor controle dessa condição, além de serem essenciais para reduzir os distúrbios na gravidez (VEGA, KAHHALE, ZUGAIB, 2007; COSTA et al., 2013).

Não obstante a importância do atendimento pré-natal, a educação das mulheres contribui para a mudança de hábitos e estilos de vida inadequados, pois pode aumentar o nível de reconhecimento de sinais e sintomas (CABELLERO et al., 2011; ALMEIDA, SOUZA, 2016) e beneficiar no diagnóstico precoce prevenindo as complicações relacionadas à doença (LANGE et al., 2008; PARMAR et al. 2015; HERRERA et al., 2014; GONZÁLEZ et al., 2012; CABALLERO et al., 2011).

Todavia, são necessários estudos na tentativa de melhorar o atendimento pré-natal (FERRÃO et al., 2006), além da triagem de complicações, estabelecendo um sistema de resgate para mulheres gravemente doentes (YANG et al., 2014).

Deve-se considerar a participação de profissionais de diferentes áreas da saúde na contribuição das diversas atividades na melhoria da promoção à saúde e prevenção de complicações (McGILL et al., 2000), insistir na identificação de fatores de risco que levam a desencadear esta doença e o autocuidado dessas pacientes, bem como a investigação sobre a gestão farmacológica (COSTA et al., 2014).

O cuidado no diagnóstico e o manejo adequado nas SHG tende a ter maior atenção dos profissionais de saúde somente quando as gestantes já possuem um desfecho desfavorável na gestação anterior (WHO, 2011), evidenciando uma falha na qualidade e no desenvolvimento do papel da atenção primária.

Na avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes, identificou-se que 73% das participantes tiveram um pré-natal inadequado; 58% por responsabilidade do profissional de saúde com que realizava o tratamento, 22% por problemas da rede de saúde e 8 % devido a situações provenientes do próprio cuidado (WHO, 2011; VETTORE et al., 2011).

Além do cuidado profissional, a gestante deve ser incentivada ao autocuidado e informada quanto aos riscos que a doença pode acarretar. Estudos evidenciam que as gestantes tendem a ter um maior cuidado consigo mesmas quando monitoram sua pressão arterial (SÁNCHEZ, FERRER, FERRER; 2009), ao tomar a medicação e ao comparecer às consultas com especialistas (OLIVEIRA, PEREIRA; 2013).

As mulheres devem estar preparadas para evitar complicações durante a gravidez, pois, em um estudo realizado no Brasil, com o objetivo de descrever o perfil dos casos de morte materna decorrente de complicações da hipertensão arterial, observou-se a falta de preparo das mulheres portadoras de hipertensão crônica ao engravidarem (VEGA, KAHHALE, ZUGAIB, 2007). A falta de orientação alimentar, considerada recomendação fundamental para complementar o tratamento medicamentoso/suplementação, quase sempre é esquecida (WHO, 2011; VETTORE, 2011) ou é realizada de forma radical, isto é, indicando uma alimentação hipossódica. Segundo orientações da OMS, não se recomenda a restrição de sal alimentar, e sim uma alimentação normossódica monitorada mediante atuação de equipe multiprofissional (OLIVEIRA, PEREIRA; 2013).

Estudos demonstram a necessidade de melhor qualidade na assistência ao pré-natal com enfoque no manejo das Síndromes Hipertensivas da Gravidez (OLIVEIRA, PEREIRA; 2013), utilização precoce de medicamentos (VETTORE et al., 2011), além da participação da gestante na melhora de hábitos e costumes para uma evolução do estilo de vida (OLIVEIRA, GRACILIANO; 2015).

O tratamento medicamentoso/suplementação foi o tema mais frequente entre os estudos, demonstrando a preocupação em produzir conhecimento para orientar o ensino de habilidades importantes no controle das SHG; mas, por outro, seria esperado que houvesse mais pesquisas que demonstrassem a importância da assistência pré-natal e estilo de vida, elementos indispensáveis para controle da pressão arterial (LI et al., 2013; BUUL et al., 1995; VESCO et al., 2014). Pois, independentemente da escolha terapêutica medicamentosa/suplementação, o estilo de vida das gestantes e as orientações realizadas pelos profissionais de saúde durante a assistência pré-natal são decisivos para evitar complicações (LANGE et al., 2008; PARMAR et al., 2015; YANG et al., 2014; GONZÁLEZ et al., 2012; CABALLERO et al., 2011).

A revisão evidenciou também lacunas e desafios nesse campo, dentre elas, o campo assistencial indica que os profissionais de saúde necessitam de maior aprofundamento quanto ao conhecimento e ao manejo das SHG em sua prática, assim como o tratamento e as recomendações devem iniciar-se logo

após o diagnóstico, pautados em evidências científicas, promovendo assim o manejo e o gerenciamento adequados das SHG.

A partir de revisão de literatura para construção dos itens, foi construída a Matriz de Análise, estruturada com as dimensões e os itens. As três dimensões estão conceituadas como:

- Dimensão 1 - Tratamento medicamentoso – busca a otimização da seleção terapêutica, a administração e a adesão aos medicamentos pelo usuário (BRASIL, 2014). Para essa dimensão, foi elencada a variável: Tratamento Medicamentoso.

- Dimensão 2 - Assistência pré-natal – é a detecção e a intervenção precoce das situações de risco e é organizada para atender às reais necessidades das gestantes, mediante conhecimento técnico-científico e recursos disponíveis adequados (BRASIL, 2012b). Nessa dimensão, a variável selecionada foi: Assistência Pré-Natal.

- Dimensão 3 - Promoção à Saúde – processo de capacitação do indivíduo para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (BRASIL, 1986). Variável para essa dimensão: Estilo de Vida.

Dessa forma, foi possível realizar a construção dos itens da primeira versão da EASHG.

6.1.2 Itens da Escala e Primeira Rodada dos Juízes

Após a conclusão das definições operacionais e mediante a experiência profissional da pesquisadora, foi construída uma listagem com 39 itens relacionados à capacidade das gestantes quanto à prevenção de complicações das SHG, enquadrados em três domínios/fatores (tratamento medicamentoso, assistência pré-natal e estilo de vida), conforme pode se observar no QUADRO 2, a seguir:

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA, PARANÁ, 2019.

N	Item da Escala	Domínio/Fator
1	Utilizo as medicações prescritas pelo médico no horário e na dose correta.	Tratamento Medicamentoso
2	Tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial.	Assistência Pré-Natal
3	Compareço as consultas com os especialistas (nutricionista, ambulatório de alto risco).	Assistência Pré-Natal
4	Tomo medicações que meus amigos/vizinhos/parentes indicam.	Tratamento Medicamentoso

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA, PARANÁ, 2019. 2019

(continua)

N	Item da Escala	Domínio/Fator
5	Meu companheiro e meus familiares me ajudam a seguir uma alimentação saudável.	Assistência Pré-Natal
6	Desde que soube que estava grávida comecei a cuidar mais de mim.	Estilo de Vida
7	Fui orientada quanto as possíveis complicações que poderiam ocorrer na gestação.	Assistência Pré-Natal
8	Eu conheço os possíveis efeitos das medicações.	Tratamento Medicamentoso
9	Procuro atendimento quando não estou me sentindo bem.	Assistência Pré-Natal
10	Comunico ao médico ou à enfermeira quando sinto algo de diferente.	Assistência Pré-Natal
11	Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais do que o prescrito.	Tratamento Medicamentoso
12	Recebo orientações sobre os riscos da hipertensão.	Assistência Pré-Natal
13	Antes de engravidar estava no meu peso ideal.	Estilo de Vida
14	Tenho acesso à medicação com facilidade.	Tratamento Medicamentoso
15	Acompanho o meu peso corporal.	Assistência Pré-Natal
16	Tomo medicação, pois sei que não faz mal ao meu bebê.	Tratamento Medicamentoso
17	Tenho apoio do companheiro para o cuidado de mim.	Estilo de Vida
18	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Assistência Pré-Natal
19	Quando tomo metade da medicação eu me sinto bem.	Tratamento Medicamentoso
20	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.	Assistência Pré-Natal
21	Tenho apoio da minha família para tomar a medicação.	Tratamento Medicamentoso
22	Conheço os sinais de alerta da hipertensão na gestação.	Assistência Pré-Natal
23	Tomo a medicação somente quando me sinto mal.	Tratamento Medicamentoso
24	Na primeira consulta já recebi o diagnóstico de hipertensão arterial.	Assistência Pré-Natal
25	Tenho ajuda do meu companheiro nos afazeres domésticos.	Estilo de Vida
26	Eu esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Tratamento Medicamentoso
27	Realizo atividades físicas pelo menos 3x por semana.	Estilo de Vida

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA, PARANÁ, 2019.

(conclusão)

28	Deixo de tomar a medicação quando sinto que a pressão está controlada.	Tratamento Medicamentoso
29	Consigo comer alimentos saudáveis todos os dias.	Estilo de Vida
30	Procuo realizar atividades que me deixem tranquilas.	Estilo de Vida
31	Iniciei a medicação logo após a prescrição do médico.	Tratamento Medicamentoso
32	Evito o ganho de peso durante o período gestacional.	Estilo de Vida
33	Procuo caminhar ao ar livre para diminuir o estresse/ansiedade.	Estilo de Vida
34	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar na farmácia	Tratamento Medicamentoso
35	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis.	Estilo de Vida
36	Realizo atividades recreativas.	Estilo de Vida
37	Procuo alternativas recreativas para manter-me calma.	Estilo de Vida
38	Consigo manter-me tranquila apesar da hipertensão.	Estilo de Vida
39	Compareço em todas as consultas de pré-natal.	Assistência Pré-Natal

Pode-se verificar, no QUADRO 2, que cada um dos domínios/fatores foi composto por 13 itens e estes foram avaliados pelos juízes/especialistas durante a primeira rodada.

A média de idade dos juízes/especialistas deste estudo foi de 32 anos, variando de 26 a 40 anos, com desvio padrão de $\pm 5,92$ anos. Todos os juízes/especialistas eram do sexo feminino. Quanto à formação profissional, a média de anos de formação foi de 7 anos, variando de 3 a 12 anos, com desvio padrão de $\pm 3,77$ anos. Esses dados podem ser visualizados abaixo no QUADRO 3.

QUADRO 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES PARTICIPANTES DO ESTUDO, PARANÁ, 2019.

Juiz/Especialista	1	2	3	4
Idade	30	26	40	30
Anos de Formação	6	3	12	6
Titulação Atual	Doutoranda	Mestranda	Mestre	Doutora
Atuação	Enfermeiro docente que faz pesquisa	Enfermeiro da prática	Enfermeiro docente que faz pesquisa e enfermeiro da prática	Enfermeiro docente que faz pesquisa
Grupo de Pesquisa	NEPECHE	NEPECHE	NEPECHE/GPPGPS	NEPECHE

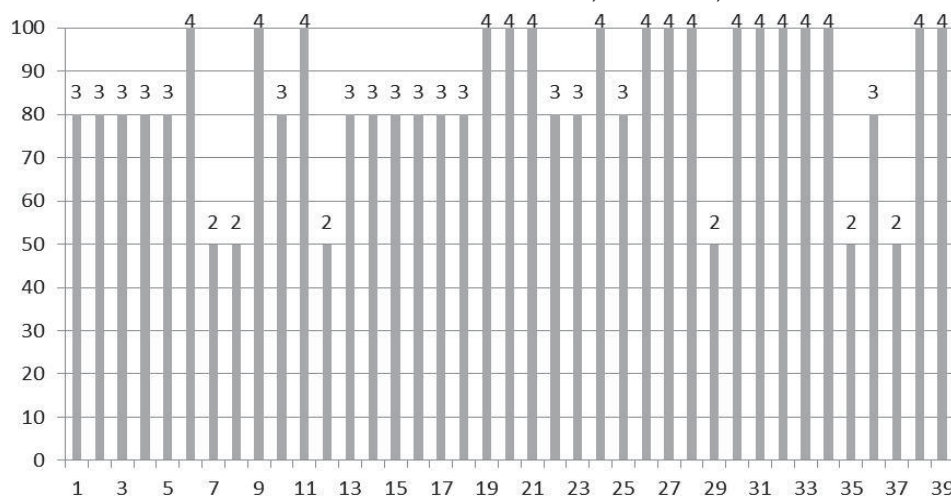
Fonte: A Autora (2019).

Os juízes/especialistas têm formação em enfermagem, sendo que as titulações atuais foram doutora, doutoranda, mestre e mestranda. Segundo a atuação profissional, todas estão envolvidas na atenção à saúde da mulher, sendo duas enfermeiras docentes que fazem pesquisa, uma enfermeira da prática e uma, além de enfermeira que faz pesquisa, também atua na prática. Quando perguntado se participa de algum grupo de pesquisa, o maior grupo de participação foi o NEPECHE – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem com ênfase em saúde da mulher, mas o GPPGPS – Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde também foi citado.

Sendo assim, os quatro juízes/especialistas foram responsáveis pela validade aparente e de conteúdo dos 39 itens da escala (primeira versão). A validade aparente, também chamada de *face validity*, consiste em determinar se esses conteúdos são apropriados, indicando se o instrumento está medindo de forma apropriada o construto (PASQUALI, 2010).

Em geral, uma concordância de 80% entre os juízes pode ser considerada com critério de decisão sobre a pertinência dos itens, caso contrário é recomendável descartá-lo. (PASQUALI, 2010). Em relação a essa validade, consideramos como claros e compreensíveis os itens que obtiveram concordância sugerida, dessa forma, o item avaliado foi tido como claro quando três ou mais juízes concordavam em relação à clareza e à compreensão do item, conforme o GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS CONSIDERADOS CLAROS E COMPREENSÍVEIS PARA OS JUÍZES AVALIADORES, PARANÁ, 2019.



Fonte: A Autora (2019).

Pode-se observar que os itens 7, 8, 13, 29, 35, 37 não foram considerados claros e compreensíveis pelos juízes/especialistas, visto que apresentaram menos de 80% de concordância, entretanto, eles não foram excluídos, visto que a exclusão do item deve ocorrer quando for realizada a validação de conteúdo.

Nessa etapa, também foi avaliada a permanência de cada um dos itens quanto à confiança da gestante na prevenção de complicações das SHG. Dessa forma, manteve-se o item que apresentasse concordância mínima de 80% dos juízes/especialistas, conforme o QUADRO 4.

QUADRO 4 - RELAÇÃO DOS ITENS QUE FORAM CONSIDERADOS PERTINENTES À CONFIANÇA DAS GESTANTES NA PREVENÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ, SEGUNDO JUÍZES/ESPECIALISTAS, PARANÁ, 2019.

Itens	Juízes que consideraram o item pertinente à confiança das gestantes na prevenção das Síndromes Hipertensivas da Gravidez.	
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39.	4	100%
8, 16, 36	3	75%

Fonte: A Autora (2019).

Assim, em relação à associação de cada item com a confiança das gestantes na prevenção das SHG, constatou-se que 3 itens (75%) não foram considerados pertinentes à confiança das gestantes por 3 juízes/especialistas e, por isso, foram retirados, os demais itens tiveram 100% de concordância.

A escala também foi analisada quanto à fonte de autoeficácia, segundo Bandura (1977), as crenças de autoeficácia podem ser desenvolvidas a partir de quatro principais fontes de informação: Experiência direta, Experiência vicária, Persuasão verbal e Estado físico e emocionais. Dessa forma, os itens da escala foram classificados de acordo com as fontes, consoante demonstrado na QUADRO 5.

QUADRO 5 - AVALIAÇÃO DOS ITENS QUANTO ÀS FONTES DE AUTOEFICÁCIA, SEGUNDO OS JUÍZES/ESPECIALISTAS, PARANÁ, 2019.

N	Item da Escala	Fonte de Autoeficácia
1	Utilizo as medicações prescritas pelo médico no horário na dose correta.	Experiência Direta
2	Tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial.	Persuasão Verbal
3	Compareço as consultas com os especialistas (nutricionista, ambulatório de alto risco).	Experiência Direta
4	Tomo medicações que meus amigos/vizinhos/parentes indicam.	Persuasão Verbal
5	Meu companheiro e meus familiares me ajudam a seguir uma alimentação saudável.	Estado Físico e Emocional
6	Desde que soube que estava grávida comecei a cuidar mais de mim.	Estado Físico e Emocional
7	Fui orientada quanto as possíveis complicações que poderiam ocorrer na gestação.	Persuasão Verbal
8	Eu conheço os possíveis efeitos das medicações.	Persuasão Verbal
9	Procuo atendimento quando não estou me sentindo bem.	Experiência Direta
10	Comunico ao médico ou à enfermeira quando sinto algo de diferente.	Experiência Direta
11	Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais do que o prescrito.	Estado Físico e Emocional
12	Recebo orientações sobre os riscos da hipertensão.	Persuasão Verbal
13	Antes de engravidar estava no meu peso ideal.	Experiência Vicária
14	Tenho acesso à medicação com facilidade.	Persuasão Verbal
15	Acompanho o meu peso corporal.	Estado Físico e Emocional
16	Tomo medicação, pois sei que não faz mal ao meu bebê.	Persuasão Verbal
17	Tenho apoio do companheiro para o cuidado de mim.	Estado Físico e Emocional
18	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Experiência Direta
19	Quando tomo metade da medicação eu me sinto bem.	Estado Físico e Emocional
20	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.	Experiência Vicária
21	Tenho apoio da minha família para tomar a medicação.	Estado Físico e Emocional
22	Conheço os sinais de alerta da hipertensão na gestação.	Experiência Vicária
23	Tomo a medicação somente quando me sinto mal.	Estado Físico e Emocional
24	Na primeira consulta já recebi o diagnóstico de hipertensão arterial.	Persuasão Verbal
25	Tenho ajuda do meu companheiro nos afazeres domésticos.	Estado Físico e Emocional
26	Eu esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Estado Físico e Emocional
27	Realizo atividades físicas pelo menos 3x por semana.	Estado Físico e Emocional
28	Deixo de tomar a medicação quando sinto que a pressão está controlada.	Estado Físico e Emocional
29	Consigo comer alimentos saudáveis todos os dias.	Estado Físico e Emocional
30	Procuo realizar atividades que me deixem tranquilas.	Estado Físico e Emocional
31	Iniciei a medicação logo após a prescrição do médico.	Persuasão Verbal
32	Evito o ganho de peso durante o período gestacional.	Experiência Direta

QUADRO 5 – AVALIAÇÃO DOS ITENS QUANTO AS FONTES DE AUTOEFICÁCIA, SEGUNDO OS JUÍZES/ESPECIALISTAS, PARANÁ, 2019. (conclusão)

33	Procuo caminhar ao ar livre para diminuir o estresse/ansiedade.	Estado Físico e Emocional
34	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar na farmácia	Estado Físico e Emocional
35	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis.	Experiência Direta
36	Realizo atividades recreativas.	Experiência Vicária
37	Procuo alternativas recreativas para manter-me calma.	Estado Físico e Emocional
38	Consigo manter-me tranquila apesar da hipertensão.	Estado Físico e Emocional
39	Compareço em todas as consultas de pré-natal.	Persuasão Verbal

Fonte: A Autora (2019).

A escala contemplou todas as fontes de autoeficácia, sendo que 18 (46%) itens estão relacionados ao Estado físico e emocional, 10 (26%) à Persuasão Verbal, 7 (18%) à Experiência direta e 4 (10%) à Experiência vicária. Assim, constatamos que a escala contempla o referencial teórico.

A TABELA 3 demonstra a Validade de Conteúdo dos Itens Individuais (I-CVI) de cada item, conforme a primeira análise dos juízes/especialistas.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÍNDICES DE VALIDADE DE CONTEÚDO INDIVIDUAIS DE CADA ITEM (I-CVI), DE ACORDO COM A PRIMEIRA ANÁLISE DOS JUÍZES/ESPECIALISTAS, PARANÁ, 2019. (continua)

ITENS	I-CVI
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	0.75
7	1
8	0.75
9	1
10	0.75
11	1
12	1
13	1
14	1
15	0.75
16	0,75
17	0,75
18	1
19	1

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÍNDICES DE VALIDADE DE CONTEÚDO INDIVIDUAIS DE CADA ITEM (I-CVI), DE ACORDO COM A PRIMEIRA ANÁLISE DOS JUÍZES/ESPECIALISTAS. CURITIBA/PR, 2019

(conclusão)

ITENS	I-CVI
20	1
21	1
22	1
23	1
24	1
25	1
26	1
27	1
28	1
29	1
30	1
31	1
32	1
33	0.75
34	1
35	1
36	0.75
37	1
38	1
39	1

Fonte: A Autora (2019).

Além do I-CVI, foram aplicadas as equações Validade de Conteúdo de itens para todos os itens da escala (SVI-Ave) e Validade de Conteúdo de Itens Individuais (SCVI/UA), nos quais se obteve os valores de 0,96 e 0,82 respectivamente, indicando que a escala é representativa do conteúdo em questão.

Conforme a TABELA 3, verificou-se que sete itens apresentaram valores de I-CVI inferiores a 0,80 (6, 8, 10, 15, 16, 17, 33, 36), por esse motivo foram excluídos.

Nas duas rodadas, os juízes/especialistas tiveram oportunidade para sugerir modificações na escala. Dessa forma, diversas modificações quanto à inclusão e/ou modificação de palavras foram realizadas, inclusive alguns itens que já tinham alcançado os níveis de concordância adequados foram reestruturados, buscando um melhor entendimento de cada um. Essas alterações podem ser observadas no QUADRO 6.

QUADRO 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO À PRIMEIRA E À SEGUNDA VERSÕES DA ESCALA, PARANÁ, 2019.

(continua)

Nº item na 1ª versão	Itens da primeira versão da escala	Motivo da Retirada do item	Nº do item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala
1	Utilizo as medicações prescritas pelo médico no horário e na dose correta.		1	Utilizo as medicações na dose e horário que foram prescritas.
2	Tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial.		2	A cada consulta tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial.
3	Compareço as consultas com os especialistas (nutricionista, ambulatório de alto risco).		3	Compareço as consultas no ambulatório de alto risco.
4	Tomo medicações que meus amigos/vizinhos/parentes indicam.	Desmembrada em 2 itens 4 e 10 (2ª versão)	4	Tomo medicações que meus amigos/vizinhos e parentes me indicam.
5	Meu companheiro e meus familiares me ajudam a seguir uma alimentação saudável.		5	Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação saudável (ex.: frutas, verduras e legumes).
6	Desde que soube que estava grávida comecei a cuidar mais de mim.	I-CVI < 0,80		
7	Fui orientada quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na gestação.		6	Fui orientada quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta.
8	Eu conheço os possíveis efeitos das medicações.	I-CVI < 0,80	7	Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.
9	Procuro atendimento quando não estou me sentindo bem.		8	Procuro a unidade de saúde quando não estou me sentindo bem.
10	Comunico ao médico ou à enfermeira quando sinto algo de diferente.	I-CVI < 0,80		
11	Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais do que o prescrito.		9	Quando sinto que a minha pressão está alta tomo um comprimido a mais do que o prescrito.
			10	Tomo chás que meus amigos/vizinhos e parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.
12	Recebo orientações sobre os riscos da hipertensão.	Reformulada com o item 17 (2ª versão)		
13	Antes de engravidar estava no meu peso ideal.		11	Antes de engravidar estava acima do meu peso.

QUADRO 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO À PRIMEIRA E À SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA, PARANÁ, 2019.

(continua)

Nº item na 1ª versão	Itens da primeira versão da escala	Motivo da Retirada do item	Nº do item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala
14	Tenho acesso à medicação com facilidade.		12	Conseguo pegar/comprar a medicação com facilidade.
15	Acompanho o meu peso corporal.	I-CVI < 0,80		
16	Tomo medicação, pois sei que não faz mal ao meu bebê.	Reformulada com o item 7 (2ª versão)		
17	Tenho apoio do companheiro para o cuidado de mim.	I-CVI < 0,80		
18	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.		13	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.
19	Quando tomo metade da medicação eu me sinto bem.		14	Me sinto bem, quando tomo metade da medicação.
20	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.		15	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.
21	Tenho apoio da minha família para tomar a medicação.		16	Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição na dose e horários corretos.
22	Conheço os sinais de alerta da hipertensão na gestação.		17	Conheço alguns sinais de alerta de hipertensão na gestação como: dor de cabeça, alterações visuais, tontura.
23	Tomo a medicação somente quando me sinto mal.		18	Tomo a medicação somente quando sinto que a pressão está alta/alterada.
24	Na primeira consulta já recebi o diagnóstico de hipertensão arterial.		19	Tive o diagnóstico de pressão alta já na primeira consulta.
25	Tenho ajuda do meu companheiro nos afazeres domésticos.		20	Tenho ajuda do meu/minha companheiro (a) e das pessoas que convivo nos afazeres domésticos.
26	Eu esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.		21	Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.
27	Realizo atividades físicas pelo menos 3x por semana.		22	Realizo atividades físicas pelo menos 3 vezes por semana.

QUADRO 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO À PRIMEIRA E À SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA. CURITIBA/PR,2019.

(conclusão)

Nº item na 1ª versão	Itens da primeira versão da escala	Motivo da Retirada do item	Nº do item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala
28	Deixo de tomar a medicação quando sinto que a pressão está controlada.		23	Quando a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação.
29	Consigo comer alimentos saudáveis todos os dias.		24	Como alimentos saudáveis em todas as refeições (ex: frutas, verduras e legumes)
30	Procuo realizar atividades que me deixem tranquilas.		25	Procuo realizar atividades que me deixem tranquila.
31	Iniciei a medicação logo após a prescrição do médico.		26	Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.
32	Evito o ganho de peso durante o período gestacional.		27	Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez
33	Procuo caminhar ao ar livre para diminuir o estresse/ansiedade.	I-CVI < 0,80		
34	Não tomo a medicação corretamente pois demoro a pegar/comprar na farmácia.		28	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.
35	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis.		29	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis como: frutas, verduras e legumes.
36	Realizo atividades recreativas.	I-CVI < 0,80		
37	Procuo alternativas recreativas para manter-me calma.	I-CVI < 0,80		
38	Consigo manter-me tranquila apesar da hipertensão.		30	Consigo ficar tranquila apesar da hipertensão.
39	Compareço em todas as consultas de pré-natal.		31	Compareço em todas as consultas de pré-natal na unidade de saúde.

Fonte: A Autora (2019).

As sugestões dos juízes/especialistas foram acatadas e algumas palavras foram acrescentadas ou retiradas para que os itens se tornassem mais fáceis para a compreensão da população, como descrito nos itens 1, 2, 3, 13,19,22,23,24,27,28,29,31,32, 34,35,38 e 39 da primeira versão da escala.

O item 4 (*Tomo medicações que meus amigos/vizinhos/parentes indicam*) também sofreu alteração, desmembrando-se em dois itens (4 - *Tomo medicações que meus amigos/vizinhos e parentes me indicam para controlar minha pressão arterial*; e 10 - *Tomo chás que meus amigos/vizinhos e parentes me indicam para controlar minha pressão arterial*), visto que muitas gestantes fazem uso de plantas com alternativa de cura, pois sabem que muitos medicamentos alopáticos são contraindicados durante o ciclo gravídico-puerperal por possuírem efeitos teratogênicos (FARIA; AYRES; ALVIM, 2004).

Nos itens 5 e 25, foi incluído o pronome feminino e no item 21, foi incluída a expressão "*Tenho apoio das pessoas que convivem comigo*", devido às mudanças das composições familiares. Observa-se que a base da constituição da família deixou de ser apenas a geração de filhos, para se concentrar na troca de afeto e de amor (SALOMÉ; ESPÓSITO; MORAES, 2007).

No item 7 foi acrescentada a expressão "*devido à pressão alta*", para que ficasse claro que a gravidez pode apresentar complicações se houver alguma patologia associada. O mesmo ocorreu com o item 8, no qual foi incluída a expressão "*manutenção da minha saúde e do bebê*", com o objetivo de esclarecer que a patologia pode afetar a saúde do binômio.

Os juízes/especialistas sugeriram, ainda, a reformulação e a junção de alguns itens, evitando a repetição. Essa reformulação ocorreu com os itens 12 e 16.

Como a escala trata da autoeficácia das gestantes para prevenir complicações nas SHG, o item 14 relacionado, onde se lê "*Tenho acesso à medicação com facilidade*" estaria, muitas vezes, fora do alcance de intervenções por parte das gestantes, sendo assim foi substituído por "*Consigo pegar/comprar a medicação com facilidade*".

Com relação aos domínios, pode-se verificar (QUADRO 7) que os itens 1, 4, 5, 8, 11, 15, 16, 22, 28, 31, 32, 38 e 39 foram nominados em mais de um domínio.

QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA APÓS O APROFUNDAMENTOS DO POLO TEÓRICO E APÓS VALIDAÇÃO DOS JUÍZES, PARANÁ, 2019.

N	Item da Escala	Domínio/Fator Polo Teórico	Domínio/Fator Juízes
1	Utilizo as medicações prescritas pelo médico no horário e na dose correta.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência pré-natal
2	Tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
3	Compareço às consultas com os especialistas (nutricionista, ambulatório de alto risco).	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
4	Tomo medicações que meus amigos/vizinhos/parentes indicam.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso, Assistência pré-natal e estilo de vida
5	Meu companheiro e meus familiares me ajudam a seguir uma alimentação saudável.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal e Estilo de vida
6	Desde que soube que estava grávida comecei a cuidar mais de mim.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
7	Fui orientada quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na gestação.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
8	Eu conheço os possíveis efeitos das medicações.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
9	Procuo atendimento quando não estou me sentindo bem.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
10	Comunico ao médico ou à enfermeira quando sinto algo de diferente.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
11	Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais do que o prescrito.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
12	Recebo orientações sobre os riscos da hipertensão.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
13	Antes de engravidar estava no meu peso ideal.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
14	Tenho acesso à medicação com facilidade.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
15	Acompanho o meu peso corporal.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal e Estilo de vida
16	Tomo medicação, pois sei que não faz mal ao meu bebê.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
17	Tenho apoio do companheiro para o cuidado de mim.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
18	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
19	Quando tomo metade da medicação eu me sinto bem.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

QUADRO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A PRIMEIRA VERSÃO DA ESCALA APÓS O APROFUNDAMENTOS DO POLO TEÓRICO E APÓS VALIDAÇÃO DOS JUÍZES, PARANÁ, 2019. (conclusão)

N	Item da Escala	Domínio/Fator Polo Teórico	Domínio/Fator Juízes
20	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
21	Tenho apoio da minha família para tomar a medicação.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
22	Conheço os sinais de alerta da hipertensão na gestação.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal e Tratamento Medicamento
23	Tomo a medicação somente quando me sinto mal.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
24	Na primeira consulta já recebi o diagnóstico de hipertensão arterial.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
25	Tenho ajuda do meu companheiro nos afazeres domésticos.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
26	Eu esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
27	Realizo atividades físicas pelo menos 3x por semana.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
28	Deixo de tomar a medicação quando sinto que a pressão está controlada.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Estilo de vida
29	Consigo comer alimentos saudáveis todos os dias.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
30	Procuro realizar atividades que me deixem tranquilas.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
31	Iniciei a medicação logo após a prescrição do médico.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
32	Evito o ganho de peso durante o período gestacional.	Estilo de Vida	Estilo de Vida e Assistência Pré-Natal
33	Procuro caminhar ao ar livre para diminuir o estresse/ansiedade.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
34	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar na farmácia	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
35	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
36	Realizo atividades recreativas.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
37	Procuro alternativas recreativas para manter-me calma.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
38	Consigo manter-me tranquila apesar da hipertensão.	Estilo de Vida	Estilo de Vida e Assistência Pré-Natal.
39	Compareço em todas as consultas de pré-natal.	Assistência Pré-Natal	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal

Fonte: A Autora (2019).

Comparando-se os domínios/fatores identificados por meio do aprofundamento das definições operacionais do polo teórico e os domínios/fatores escolhidos pelos juízes, pode-se verificar que todos os itens coincidiram, apenas os 1, 4, 5, 8, 11,15, 16, 22, 28, 31, 32, 38 e 39 foram avaliados pelos juízes que poderiam ser enquadrados em outros domínios, além daquele definido anteriormente durante o polo teórico. Dessa forma, para a 3ª versão, a escala ficou com 31 itens.

6.1.3 Segunda Rodada dos Juízes.

A segunda rodada dos juízes/especialistas foi realizada de forma presencial, denominada de oficina de consenso, eles foram convidados a analisar 31 itens, ou seja, a terceira versão da escala, em relação ao grau de relevância e se o item está associado à autoeficácia, havendo ainda espaço destinado a sugestões ou a alterações consideradas pertinentes.

Nessa rodada, os juízes/especialistas realizaram a avaliação do grau de concordância de cada item na escala (1 – não representativo, 2 – item precisa de grande revisão para ser representativo, 3 – representativo, mas precisa de revisão mínima e 4 – item representativo), foi possível calcular o I-CVI, conforme descrito na TABELA 4.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÍNDICES DE VALIDADE DE CONTEÚDO DE CADA ITEM (I-CVI), OBTIDOS NA SEGUNDA ANÁLISE DOS JUÍZES/ESPECIALITAS. PARANÁ, 2019

(continua)

ITENS	I-CVI
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	0.5
12	0.5

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÍNDICES DE VALIDADE DE CONTEÚDO DE CADA ITEM (I-CVI), OBTIDOS NA SEGUNDA ANÁLISE DOS JUÍZES/ESPECIALITAS, PARANÁ, 2019

(conclusão)

ITENS	I-CVI
13	1
14	1
15	1
16	1
17	1
18	1
19	0.5
20	0.5
21	1
22	1
23	1
24	1
25	1
26	1
27	1
28	1
29	0.5
30	1
31	1

Fonte: A Autora (2019).

Na segunda rodada também foram utilizados I-CVI, e foram aplicadas as equações SVI-Ave, SCVI/UA, nas quais se obteve os valores de 0,90 e 0,84 respectivamente, indicando que a escala é representativa do conteúdo em questão.

Conforme a TABELA 4, verificou-se que sete itens apresentaram valores de I-CVI inferiores a 0,80 (11, 12, 19, 20, 29), por esse motivo foram excluídos.

Nessa rodada, como os juízes/especialistas estavam todos presentes, foi possível uma discussão para sugerir em comum acordo a modificação de alguns itens, os quais foram registrados em formulários próprios para avaliação dos critérios dos itens e da autoeficácia (APÊNDICE 8 e 10). Assim, as sugestões foram acatadas e, desta forma, diversas modificações quanto à inclusão e/ou modificação de palavras foram realizadas, inclusive alguns itens que já tinham alcançado os níveis de concordância adequados foram

reestruturados, buscando um melhor entendimento de cada um. Essas alterações podem ser observadas no QUADRO 8.

QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO À SEGUNDA E À TERCEIRA VERSÕES DA ESCALA, PARANÁ, 2019.

(continua)

Nº item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala	Motivo da Retirada/Alteração do item	Nº do item na 3ª versão	Itens da terceira versão da escala
1	Utilizo as medicações na dose e horário que foram prescritas.	Consenso	1	Quando tenho medicação prescrita, tomo na dose e no horário correto.
2	A cada consulta tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial.	Consenso	2	A cada consulta pergunto sobre os valores da minha pressão arterial.
3	Compareço as consultas no ambulatório de alto risco.	Consenso	3	Compareço as consultas no ambulatório de alto risco.
4	Tomo medicações que meus amigos/vizinhos e parentes me indicam.	Consenso	4	Tomo medicações que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.
5	Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação saudável (ex.: frutas, verduras e legumes).	Consenso	5	Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação com frutas, verduras ou legumes.
6	Fui orientada quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta.	Consenso	6	Fui orientada durante o pré-natal, quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta.
7	Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.	Consenso	7	Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.
8	Procuro a unidade de saúde quando não estou me sentindo bem.	Consenso	8	Quando não estou me sentindo bem, vou à unidade de saúde.
9	Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais do que o prescrito.	Consenso	9	Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais, do que o prescrito.

QUADRO 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO À SEGUNDA E À TERCEIRA VERSÕES DA ESCALA, PARANÁ, 2019.

(continua)

Nº item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala	Motivo da Retirada/Alteração do item	Nº do item na 3ª versão	Itens da terceira versão da escala
10	Tomo chás que meus amigos/vizinhos e parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Consenso	10	Tomo chás que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.
11	Antes de engravidar estava no meu peso ideal.	I-CVI < 0,80		
12	Consigo pegar/comprar a medicação com facilidade.	I-CVI < 0,80		
13	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Consenso	11	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.
14	Me sinto bem, quando tomo metade da medicação.	Consenso	12	Me sinto bem, quando tomo metade da medicação prescrita.
15	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.	Consenso	13	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.
16	Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.	Consenso	14	Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.
17	Conheço alguns sinais de alerta de hipertensão na gestação como: dor de cabeça, alterações visuais, tontura.	Consenso	5	Conheço alguns sinais de alerta de hipertensão na gestação como: dor de cabeça, alterações visuais, tontura.
18	Tomo a medicação somente quando sinto que a pressão está alta/alterada.	Consenso	16	Tomo a medicação somente quando sinto que a pressão está alta/alterada.
19	Tive o diagnóstico de pressão alta já na primeira consulta.	I-CVI < 0,80		
20	Tenho ajuda do meu/minha companheiro (a) e das pessoas que convivo nos afazeres domésticos.	I-CVI < 0,80		
21	Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Consenso	17	Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.
22	Realizo atividades físicas pelo menos 3 vezes por semana	Consenso	18	Realizo atividades físicas com duração de 30 minutos, pelo menos 3 vezes por semana.

QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES REALIZADAS NOS ITENS EM RELAÇÃO À SEGUNDA E À TERCEIRA VERSÕES DA ESCALA. PARANÁ, 2019.

(conclusão)

Nº item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala	Motivo da Retirada/Alteração do item	Nº do item na 3ª versão	Itens da terceira versão da escala
23	Quando a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação.	Consenso	19	Quando sinto que a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação prescrita.
24	Como alimentos saudáveis em todas as refeições (ex: frutas, verduras e legumes).	Consenso	20	Como frutas, verduras ou legumes todos os dias, além de outros alimentos.
25	Procuo realizar atividades que me deixem tranquila.	Consenso	21	Procuo realizar atividades que me deixem tranquila.
26	Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	Consenso	22	Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.
27	Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez.	Consenso	23	Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez.
28	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	Consenso	24	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.
29	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis como: frutas, verduras e legumes.	I-CVI < 0,80		
30	Consigo ficar tranquila apesar da hipertensão.	Consenso	25	Consigo ficar tranquila, apesar do diagnóstico de hipertensão.
31	Compareço em todas as consultas de pré-natal na unidade de saúde.	Consenso	26	Compareço em todas as consultas de pré-natal na unidade de saúde.

Fonte: A Autora (2019).

Nessa rodada, as sugestões dos juízes/especialistas foram acatadas e palavras foram acrescentadas ou retiradas para que os itens se tornassem mais fáceis para a compreensão da população.

Por sugestão dos juízes/especialistas, o último item: “*Compareço em todas as consultas de pré-natal na unidade de saúde*” passou a ser o primeiro na versão para análise semântica, pois é no comparecimento às consultas que serão realizadas as orientações e ações individualizadas para as gestantes.

Durante a oficina de consenso, foi realizada nova avaliação dos itens quanto às fontes de autoeficácia, conforme demonstrado no QUADRO 9.

QUADRO 11 - AVALIAÇÃO DOS ITENS QUANTO ÀS FONTES DE AUTOEFICÁCIA, SEGUNDO OS JUÍZES/ESPECIALISTAS. PARANÁ, 2019 (continua)

N	Item da Escala	Fonte de Autoeficácia 1ª versão	Fonte de Autoeficácia 2ª versão
1	Compareço em todas as consultas de pré-natal na unidade de saúde.	Persuasão Verbal	Experiência Direta
2	Quando tenho medicação prescrita, tomo na dose e no horário correto	Experiência Direta	Experiência Direta
3	A cada consulta pergunto sobre os valores da minha pressão arterial.	Persuasão Verbal	Persuasão Verbal
4	Compareço as consultas no ambulatório de alto risco.	Experiência Direta	Experiência Direta
5	Tomo medicações que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Persuasão Verbal	Persuasão Verbal
6	Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação com frutas, verduras ou legumes.	Estado Físico e Emocional	Experiência Vicária
7	Fui orientada durante o pré-natal, quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta.	Estado Físico e Emocional	Persuasão Verbal
8	Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.	Persuasão Verbal	Experiência Direta
9	Quando não estou me sentindo bem, vou à unidade de saúde.	Persuasão Verbal	Experiência Direta
10	Quando sinto que a minha pressão está alta tomo um comprimido a mais, do que o prescrito.	Experiência Direta	Experiência Direta
11	Tomo chás que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Experiência Direta	Experiência Vicária
12	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Experiência Vicária	Experiência Vicária
13	Me sinto bem, quando tomo metade da medicação prescrita.	Persuasão Verbal	Experiência Vicária
14	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.	Estado Físico e Emocional	Experiência Vicária
15	Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.	Persuasão Verbal	Persuasão Verbal

QUADRO 9 – AVALIAÇÃO DOS ITENS QUANTO ÀS FONTES DE AUTOEFICÁCIA, SEGUNDO OS JUÍZES/ESPECIALISTAS. CURITIBA/PR, 2019. (conclusão)

N	Item da Escala	Fonte de Autoeficácia 1ª versão	Fonte de Autoeficácia 2ª versão
16	Conheço alguns sinais de alerta de hipertensão na gestação como: dor de cabeça, alterações visuais, tontura.	Estado Físico e Emocional	Experiência Direta
17	Tomo a medicação somente quando sinto que a pressão está alta/alterada.	Experiência Direta	Experiência Direta
18	Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Estado Físico e Emocional	Experiência Direta
19	Realizo atividades físicas com duração de 30 minutos, pelo menos 3 vezes por semana.	Experiência Vicária	Experiência Direta
20	Quando sinto que a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação prescrita.	Estado Físico e Emocional	Experiência Direta
21	Como frutas, verduras ou legumes todos os dias, além de outros alimentos.	Persuasão Verbal	Experiência Direta
22	Procuro realizar atividades que me deixem tranquila.	Estado Físico e Emocional	Estado Físico e Emocional
23	Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	Estado Físico e Emocional	Persuasão Verbal
24	Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez.	Estado Físico e Emocional	Experiência Direta
25	Não tomo a medicação corretamente, pois demora a pegar/comprar.	Estado Físico e Emocional	Experiência Direta
26	Consigno ficar tranquila, apesar do diagnóstico de hipertensão.	Estado Físico e Emocional	Estado Físico e Emocional

Fonte: A Autora (2019).

A segunda versão da escala contemplou todas as fontes de autoeficácia, sendo que 14 (53%) estão relacionados à Experiência direta, 5 (20%) à Persuasão Verbal, 5 (20%) à Experiência vicária e 2 (7%) itens estão relacionados ao Estado físico e emocional

Quando comparamos as avaliações realizadas na primeira e na segunda versão da escala, observamos que os itens 2, 3, 4, 5, 10, 12, 15, 17, 22 e 26 tiveram a mesma classificação quanto à fonte de autoeficácia. As discordâncias de alguns itens ocorreram devido à alteração gramatical e à troca de palavras, conforme sugestão dos juízes/especialistas.

Após esta segunda análise dos juízes/especialistas, foram retirados 5 itens, perfazendo um total de 26 itens. A nova versão foi submetida às

gestantes para avaliação semântica, sendo denominada de terceira versão da escala.

Durante a segunda rodada, os juízes reclassificaram os itens em relação aos domínios, pode-se verificar, por meio do QUADRO 10, que alguns itens foram encaixados em mais de um domínio.

QUADRO 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA APÓS O APROFUNDAMENTO DO POLO TEÓRICO E APÓS A REUNIÃO DE CONSENSO DOS JUÍZES. PARANÁ,2019. (continua)

Item da Escala	Domínio/Fator Polo Teórico	Domínio/Fator Juízes	Item da Escala
1	Compareço em todas as consultas de pré-natal na unidade de saúde.	Assistência Pré-Natal	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
2	Quando tenho medicação prescrita, tomo na dose e no horário correto.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência pré-natal
3	A cada consulta pergunto sobre os valores da minha pressão arterial.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
4	Compareço as consultas no ambulatório de alto risco.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
5	Tomo medicações que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso, Assistência pré e estilo de vida
6	Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação com frutas, verduras ou legumes.	Estilo de Vida	Assistência Pré-Natal e Estilo de vida
7	Fui orientada durante o pré-natal, quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
8	Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
9	Quando não estou me sentindo bem, vou à unidade de saúde.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
10	Quando sinto que a minha pressão está alta tomo um comprimido a mais, do que o prescrito.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
11	Tomo chás que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Estilo de Vida	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal

QUADRO 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS E RESPECTIVOS DOMÍNIOS/FATORES QUE FORMARAM A SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA APÓS O APROFUNDAMENTO DO POLO TEÓRICO E APÓS A REUNIÃO DE CONSENSO DOS JUÍZES. PARANÁ, 2019. (conclusão)

Item da Escala	Domínio/Fator Polo Teórico	Domínio/Fator Juízes	Item da Escala
12	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
13	Me sinto bem, quando tomo metade da medicação prescrita.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
14	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
15	Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
16	Conheço alguns sinais de alerta de hipertensão na gestação como: dor de cabeça, alterações visuais, tontura.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal e Tratamento Medicamento
17	Tomo a medicação somente quando sinto que a pressão está alta/alterada.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
18	Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
19	Realizo atividades físicas com duração de 30 minutos, pelo menos 3 vezes por semana.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
20	Quando sinto que a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação prescrita.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Estilo de vida
21	Como frutas, verduras ou legumes todos os dias, além de outros alimentos.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
22	Procuro realizar atividades que me deixem tranquila.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
23	Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
24	Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez	Estilo de Vida	Estilo de Vida e Assistência Pré-Natal
25	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
26	Consigo ficar tranquila, apesar do diagnóstico de hipertensão.	Estilo de Vida	Assistência Pré-Natal

Fonte: A Autora (2019).

6.1.4 Análise Semântica

A análise semântica foi realizada com 30 gestantes, conforme preconiza a Psicometria. Consoante as orientações de Pasquali (2010, 2013), as gestantes foram questionadas, após o preenchimento dos instrumentos, quanto às dúvidas em relação às palavras e aos itens. Foi perguntado, ainda, se os itens estavam claros e compreensíveis e se haveria alguma sugestão para o instrumento. É importante salientar que o tempo médio de resposta do instrumento foi de cinco minutos.

A idade média das gestantes foi de 33,4 anos, estando a maioria na faixa etária entre 36 a 40 anos (N=14; 46%). A maior parcela das gestantes referiu como estado civil o de casada/união consensual (N=21; 70%), moradora da capital (N=22; 73,3%).

Quanto à escolaridade, estas possuíam o ensino médio completo (N=13; 43,3%). A maioria declarou atividade renumerada (N=21; 70%), com renda variando de 1 a 3 salários mínimos (N=20; 66,6%).

Não houve dúvidas e nenhuma sugestão foi realizada pelas gestantes, dessa forma, após a análise semântica, a escala continuou com 26 itens, a qual foi submetida às gestantes da etapa seguinte (pré-teste).

6.2 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS

Durante o procedimento experimental é realizada a validação do instrumento piloto, aqui nesse estudo denominado de pré-teste.

6.2.1 Pré-teste

Após a validade aparente, de conteúdo e de semântica, obteve-se a terceira versão da escala. Assim, o instrumento foi aplicado a uma parcela representativa da população-alvo, que tem como objetivo determinar a qualidade do instrumento como um todo (PASQUALI, 2010).

Para Polit, Becker e Hungler (2011), o pré-teste é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, imparcialmente, e se é realmente útil para a geração das informações desejadas.

6.2.2 Caracterização da Amostra

Participaram do estudo 262 gestantes com diagnóstico de SHG, cujas características sociodemográficas são apresentadas na TABELA 5.

TABELA 6 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.

Variáveis	N	%
Idade (N=262)		
18-24	55	21,00
25-31	83	31,67
32-38	94	35,87
39-46	30	11,46
Situação Conjugal (N=262)		
Casada/União Estável	229	87,40
Outras	33	12,60
Procedência (N=262)		
Curitiba	203	77,48
Outras Cidades	59	22,52
Escolaridade (N=262)		
Ensino Fundamental incompleto	40	15,26
Ensino Fundamental completo	27	10,31
Ensino Médio Incompleto	27	10,30
Ensino Médio Completo	134	51,14
Ensino Superior Incompleto	13	4,97
Ensino Superior Completo	19	7,25
Pós-graduação	2	0,77
Trabalha fora de casa (N=262)		
Sim	149	56,88
Não	113	43,12
Pessoas Residindo no Domicílio (N=262)		
1 a 3	147	56,10
4 a 6	109	41,60
7 a 10	6	2,30
Renda em Salário Mínimo (N=262)		
< 1 Salário Mínimo	16	6,10
1 a 3 Salários Mínimos	186	71,00
> 3 Salários Mínimos	60	22,90

Nota: Salário mínimo durante o estudo foi de R\$ 954,00.

Fonte: A Autora (2019).

Conforme demonstrado na TABELA 5, a idade das gestantes variou entre 18 e 46 anos, sendo que a faixa etária predominante foi de mulheres entre 32 e 38 anos (N=94; 35,87%), seguidas pelas gestantes com idade de 25 a 31 anos (N=83; 31,67%), com média de 30,59 (DP= ± 6,66).

Esses dados corroboram os achados nacionais, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, os quais demonstraram que a faixa etária de 30 a 39 anos é a que possui maior

percentual de nascidos vivos, representando 23,46%, seguida pelas mulheres com idade entre 40 e 44 anos, faixa etária que apresentou um percentual de 22,4% (IBGE, 2010).

A faixa etária predominante nesse estudo é também semelhante ao encontrado em pesquisa realizada na região central do Rio Grande do Sul, que analisou o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco e revisou 233 prontuários, os quais tiveram acompanhamento em ambulatório especializado, havendo prevalência da faixa etária entre 30 e 34 anos (29,4%), seguida da faixa entre 35 e 39 anos (20,2%) (JANTSCH et al., 2017).

Podemos comparar esses dados com outras pesquisas, pois vários estudos estão sendo realizados com gestantes com idade materna avançada (MARQUES et al., 2017; SOUZA et al., 2016; CABRAL; SANTOS; CANO, 2017; ALDRIGHI et al., 2016; ALVES et al., 2017). Para o MS, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, podendo ser mais suscetíveis a desenvolver complicações, tornando-se uma gestação de alto risco (BRASIL, 2010).

Em relação à situação conjugal, verificou-se que as gestantes entrevistadas eram, em sua maioria, casadas ou viviam em união consensual (N=229; 87,4%), dados equivalentes à pesquisa que avaliou o perfil de gestantes (AZEVEDO et al., 2017; SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018). Esse fato deve ser considerado como positivo, pois as gestantes casadas possuem maior chance de adaptação à nova rotina de vida e todas essas mudanças, se organizadas, podem dar origem a uma linha de cuidados que garanta a integralidade na assistência ao trinômio mãe-pai-feto (CARDOSO et al., 2018)

A participação do companheiro durante as consultas de pré-natal, durante o parto e o trabalho de parto influenciou na satisfação da gestante com o apoio recebido em todos os momentos, fazendo valer o cumprimento da Lei do Acompanhante e favorecendo o fortalecimento do vínculo entre o casal e com o recém-nascido (HOLANDA et al., 2018; AZEVEDO et al., 2017; GIURGESCU; TEMPLIN, 2015).

A maioria das gestantes relatou residência em Curitiba (N=203; 77,48%), facilitando o acompanhamento no ambulatório de alto risco em que foi realizado o estudo. Afinal, o fácil acesso aos centros de saúde é um dos

requisitos para realização do cuidado pré-natal e interfere na qualidade e na adesão da gestante ao programa (CORREA; BONADIO; TSUNECHIRO, 2011).

Verificou-se que 51,14% (N=134) das gestantes possuíam ensino médio completo. Em pesquisa que traçou o perfil epidemiológico de gestantes de alto risco, constatou-se que 52,5% das grávidas também tinham o mesmo tempo de estudo que foi observado nesse estudo (COSTA et al., 2016), fato considerado positivo, pois de acordo com o Manual do Ministério da Saúde - Gestação de Alto Risco, a falta de instrução pode representar um fator de risco relacionado ao menor acesso à informação e ao limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde (BRASIL, 2010).

Em relação ao perfil econômico, a maioria das gestantes trabalhava fora de casa (N=149; 56,88%), tinha uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (N=186; 71,00%) e a média de pessoas que residiam no domicílio eram de 4 a 6 pessoas (N=109; 41,60%). Podemos perceber que um número cada vez mais expressivo de mulheres trabalha fora de casa e contribui com a renda familiar, ou até garante o sustento da família (REZENDE; SOUZA, 2012).

Estratégias para a prevenção da SHG devem ser realizadas e incentivadas com o intuito de estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA por meio da modificação do estilo de vida e o uso regular de medicamentos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

O estilo de vida insalubre pode contribuir para o agravamento da SHG, pois são necessárias condutas para o controle, como a alta ingestão de sal, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo. (PERACOLI; PARPINELLI, 2011).

Conforme demonstrado na TABELA 6, o estilo de vida também foi investigado nesse estudo.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA EM GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.

Variáveis	N	%
(conclusão)		
Consumo de Alcool (N=262)		
Não	239	91,22
Parou de beber devido a gravidez	16	6,11
Sim	07	2,67
Frequência (N=7)		
Frequentemente	01	14,29
Só nos finais de semana	04	57,14

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA EM GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.

(conclusão)

Raramente	02	28,57
Uso de tabaco (N=262)		
Não	168	64,12
Sim	18	6,87
Deixou de fumar por causa da gravidez	18	6,87
Ex-fumante	34	12,97
Fumante passiva	24	9,17
Número de Cigarros por dia (N=18)		
01	02	11,12
03	02	11,12
04	02	11,12
05	05	27,77
10	05	27,77
12	01	5,55
Narguilé	01	5,55
Realização de Atividade Física (N=262)		
Não	234	89,31
Sim	28	10,69
Tipo de Atividade (N=28)		
Aeróbico	01	3,57
Caminhada	27	96,43
Frequência (N=28)		
1 vez por semana	06	21,42
2 a 3 vezes por semana	03	10,72
3 vezes por semana	08	28,57
Todos os dias	11	39,29

Fonte: A Autora (2019).

Já em relação ao consumo de álcool e tabaco, pode-se observar que, mesmo a maioria das gestantes referindo não fazer uso, 16 (6,11%) informaram que pararam de beber devido à gravidez e 7 (2,67%) admitiram consumir álcool, sendo que 1 (14,29%) relatou que ingeria frequentemente, 4 (57,14%) somente nos finais de semana e 2 (28,57%) raramente.

O consumo de álcool antes e durante a gravidez demonstra a necessidade de educar as gestantes sobre os danos potenciais da exposição ao álcool no desenvolvimento do feto. Nesse caso, ressalta-se a Síndrome Alcoólica Fetal, países como Holanda e Suécia aconselham as grávidas a abster-se totalmente do álcool (LANTING et al., 2015).

Quanto ao consumo de tabaco, a maioria das gestantes afirmou que não fazia uso, mas 18 (6,87%) gestantes declaram que eram fumantes ativas, 18 (6,87%) deixaram de fumar devido à gestação, 34 (12,97%) ex-fumantes e 24 (9,17%) afirmaram o fumo passivo.

Gestantes que fumam apresentam maior risco, como placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, hemorragia no pré-parto, parto prematuro, aborto espontâneo, gestação ectópica, crescimento intrauterino restrito, baixo peso ao nascer, morte súbita do recém-nascido e comprometimento do desenvolvimento físico da criança (WHO, 2013b).

O baixo peso ao nascer e as taxas de parto prematuro são menores entre não-fumantes do que em fumantes (ANDERKA et al., 2010). As gestantes parecem possuir pouco conhecimento sobre as consequências do uso de tabaco (BERTANI et al., 2015).

Ainda com relação ao consumo de tabaco, as gestantes que se declararam fumantes ativas informaram consumir por dia 1 cigarro (N= 2; 11,12%), 3 cigarros (N= 2; 11,12%), 4 cigarros (N= 2; 11,12%), 5 cigarros (N= 5; 27,77%), 10 cigarros (N= 5; 27,77%), 12 cigarros (N=1; 5,55%). Além do consumo de cigarro, 1 (5,55%) afirmou o consumo de narguilé. Apesar de o cigarro ser a forma predominante de uso de tabaco, o uso de narguilé é responsável por uma parcela significativa e crescente do tabagismo (INCA, 2017).

O narguilé possui vários acessórios, e nenhum deles foi testado empiricamente para verificar se reduzem a exposição do fumante às substâncias tóxicas ou se reduzem os riscos de doenças ou morte causadas pelo tabaco, além de ser um agente para transmissão de doenças infecciosas devido ao compartilhamento do bocal (INCA, 2017). A queima do carvão é usada como fonte de calor nos narguilés, e a fumaça contém produtos tóxicos emitidos tanto pelo carvão quanto pelo produto de tabaco, incluindo os aromatizantes (INCA, 2017).

Pesquisa brasileira demonstrou que há uma alta prevalência de fumo entre gestantes e que o conhecimento sobre as consequências do tabagismo durante a gestação é limitado (BERTANI et al., 2015).

A realização de atividade física também foi investigada neste estudo. As gestantes entrevistadas informaram que 234 (89,31%) não realizavam qualquer tipo de atividade física e apenas 28 (10,69%) mantinham a prática de exercício físico. As gestantes realizavam caminhada de forma habitual (N=28; 96,43%), 11 (39,29%) relataram que praticavam todos os dias, 8 (28,57%)

delas praticavam três vezes na semana, 6 (21,42%) praticavam uma vez na semana e 3 (10,72%) entre duas e três vezes na semana.

Segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2003), as gestantes devem realizar atividade física por pelo menos 150 minutos semanais, dessa forma, os exercícios devem ser realizados por pelo menos duas a três vezes na semana. A caminhada constitui uma modalidade de fácil adesão, pois não requer equipamentos ou pagamento de mensalidade para sua realização, contudo necessita de orientações (CARVALHAES et al., 2013)

É importante ressaltar a multiplicação do conhecimento com o objetivo de conscientizar, cada vez mais, as gestantes a aderirem à prática de estilo de vida saudável e incorporarem a atividade física na sua rotina, garantindo qualidade de vida e bem-estar (MARTINS et al., 2016).

Quanto ao passado obstétrico e à história da gestação atual, demonstradas na TABELA 7, observou-se que a maioria das mulheres eram multigestas (N=122; 46,56%), múltiparas (N=97; 37,03%), a via de parto foi cesárea (N=134; 56,54%), iniciou as consultas de pré-natal da gravidez atual até a 12ª semana (N=197; 72,20%), o diagnóstico de hipertensão ocorreu antes da 20ª semana de gestação (N=198; 75,58%), o principal problema relatado na gestação anterior foi a hipertensão (N=106; 87,60%).

Conforme preconizado pelo MS (2012b), estados e municípios devem disponibilizar serviços organizados para atenção obstétrica e neonatal, garantindo vários passos, dentre eles, promover a escuta ativa da gestante, considerando aspectos sociais e culturais por intermédio das “rodas de gestantes”. Nesse estudo, pode-se perceber que 29 (11,06%) das gestantes participaram de atividades educativas, e o assunto mais abordado foi sobre aleitamento materno (N=20, 68,96%), conforme exposto na Tabela 10.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DS GESTANTES COM DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.

(conclusão)

Variáveis	N	%
Número de Gestações (N=262)		
1	61	23,29
2	79	30,15
≥ 3	122	46,56

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DS GESTANTES COM DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ, PARANÁ, 2019.

(conclusão)

Número de Partos (N=262)		
Nenhum	87	33,20
1	78	29,77
≥ 2	97	37,03
Aborto (N=72)		
1	58	80,55
≥2	14	19,44
Tipo de parto (N=237)		
Cesárea	134	56,54
Vaginal	103	43,46
Semanas que iniciou o Pré-natal (N=262)		
Até 12ª semana	197	75,20
13ª a 20ª semana	49	18,70
21ª a 30ª semana	16	6,10
Diagnostico de SHG (N=262)		
Antes da 20ª semana de gestação	198	75,58
Após 20ª semana	60	22,90
Já eram hipertensas	04	1,52
Principais Problemas na Gestação anterior (N=121)		
Hipertensão	106	87,60
Problemas Cardíacos	02	1,65
Hemorragia	03	2,47
Doença renal	01	0,82
Diabetes	06	4,95
Hipotireoidismo	01	0,82
Obesidade	02	1,65
Participação em Atividade Educativa (N=262)		
Sim	29	11,06
Não	233	88,93
Assuntos Abordados (N=29)		
Aleitamento	20	68,96
Cuidados com alimentação	05	17,24
Uso de medicação	02	6,89
Shantala	01	3,44
Tabagismo	01	3,44

Fonte: A Autora (2019).

Existem vários fatores que aumentam o risco de desenvolver as SHG, como diabete, doença renal, obesidade, multigestas, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e raça negra (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Conforme descrito anteriormente, quanto aos aspectos reprodutivos, a maioria das mulheres nesse estudo eram multigestas. Dentre os diversos fatores que aumentam o risco de desenvolver a SHG, a gravidez múltipla é

uma delas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Esse dado também corrobora outras pesquisas que, ao analisar relação entre os antecedentes obstétricos das gestantes de alto risco, identificou que a maioria eram multíparas (COSTA et al., 2016, LINHARES et al., 2014).

Quanto ao tipo de parto, as gestantes foram submetidas a cesáreas, segundo diretrizes nacionais, o parto vaginal é preferível à cesariana, evitando o estresse adicional de uma cirurgia (BRASIL, 2012). Mas os achados nessa pesquisa corroboram os estudos que identificaram que mulheres hipertensas, quando comparadas às gestantes normotensas, apresentavam mais alto risco de realizar cesariana (CARVALHO; MELO; ZIMMERMANN, 2008; LINHARES et al., 2014). A elevada taxa de cesarianas tem grande importância para a saúde pública, e estratégias para a sua redução devem ser realizadas, incluindo a tentativa de parto normal em mulheres com pré-eclâmpsia (LINHARES et al., 2014).

Outro achado identificou que as gestantes com SHG possuem maior risco para fetos pequenos para idade gestacional, infecção neonatal, síndrome de aspiração meconial, prematuridade, síndrome de angústia respiratória (OLIVEIRA et al., 2006).

Ao avaliar as consultas de pré-natal, foram prevalentes as gestantes que iniciaram as consultas até a 12ª semana (acima de 75%), conforme preconiza o MS (2012b) e, conseqüentemente, o diagnóstico de SHG pode ser realizado antes da 20ª semana de gestação.

De acordo com as respostas, grande parte (quase 90%) das gestantes, apresentam hipertensão arterial crônica, isto é, a ocorrência de HAS precedendo a gestação. Devido à ausência frequente de registros de medidas de PA anterior à gestação, considera-se HAS crônica quando a hipertensão é constatada no 1º trimestre da gestação ou, no máximo, até a 20ª semana (BRASIL, 2010).

Essa informação foi confirmada pelas próprias gestantes. Das 106 gestantes que apresentaram HAS nas gestações anteriores, seis gestantes relataram já terem apresentado pré-eclâmpsia e uma apresentou Síndrome HELLP.

6.3 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

É nessa etapa que foram realizados os testes estatísticos, permitindo a interpretação dos resultados a partir da 4ª versão, a confirmação da validade do instrumento e de sua fidedignidade e se está pronto para uso em futuras pesquisas.

6.3.1 Dimensionalidade

As análises estatísticas que são realizadas num instrumento, no seu todo e em cada item, fazem a suposição de que o instrumento seja unidimensional (PASQUALI, 2010)

Segundo Pasquali (2013), não se deve criar itens aleatórios, sem fundamentação teórica. Dessa forma, é necessário o desenvolvimento de uma miniteoria e, posteriormente, os dados devem ser coletados por meio do instrumento, que confirmarão ou não se sua miniteoria possui alguma consistência

Até essa etapa, o número de domínios/fatores que o instrumento irá medir é considerado apenas uma hipótese e para verificar se o instrumento é ou não unidimensional, deve-se realizar a análise fatorial, demonstrando a validade do instrumento.

- Análise fatorial

Com a realização da análise fatorial (AF), demonstrou-se a validade do construto e analisou-se a qualidade dos itens, além da verificação do número de construtos comuns necessários para explicar as intercorrelações dos itens (PASQUALI, 2013).

A análise fatorial produziu resultados importantes com os quais se podem tomar decisões sobre a qualidade dos itens, bem como do instrumento como um todo (PASQUALI, 2010).

Na verdade, ela pode demonstrar o instrumento como um todo, medindo os fatores e os itens que compõem cada fator. Para cada item, é produzida a carga fatorial (saturação), que indica a covariância entre o fator e o

item. Isso quer dizer que a carga fatorial demonstra a porcentagem que existe (covariância) entre o item e o fator, de forma que quanto mais próximo de 100%, melhor será o item, constituindo um excelente representante comportamental do fator (PASQUALI, 2010).

A primeira etapa para a aplicação da AF é verificar a possibilidade de fatoração da matriz de dados, permitindo assim a aplicação da análise fatorial aos dados (NEISSE, HONGYU; 2016).

O teste mais aplicado é o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), conhecido por teste de adequação da amostra, que indica o nível de adequação da AF para o conjunto de dados (NEISSE, HONGYU; 2016). O valor do KMO pode variar de zero a um, na TABELA 8 é possível verificar a regra para a interpretação dos índices de KMO para aplicação da AF (MINGOTI, 2005).

TABELA 11 - ADEQUAÇÃO AMOSTRAL DE ACORDO COM A MEDIDA KAISER-MEYER-OLKIN (KMO).

KMO	Adequação
> 0,9	Ótima
de 0,80 a 0,90	Boa
de 0,70 a 0,80	Intermediária
de 0,60 a 0,70	Baixa
< 0,6	Inadequada

FONTE: Adaptado de MINGOTI, S. A. – Análise de dados através de métodos de estatística multivariada (2005).

Foi realizado o teste de KMO na amostra a fim de verificar o nível de adequação dos dados à AF, tendo como resultado atingindo um coeficiente de 0,712, superando o valor mínimo recomendado de 0,5 (KAISER, 1974) e, dessa forma, sendo considerado de adequação intermediária, conforme demonstrado na TABELA 8.

Outro modo de determinar a adequação da análise fatorial é realizar o teste de esfericidade de *Bartlett*, que tem como objetivo fornecer a significância estatística. Um teste de esfericidade de *Bartlett* estatisticamente significativo (< 0,05) indica que correlações suficientes existem entre as variáveis para se continuar a análise (HAIR, 2009). Nesse estudo, o teste de esfericidade de *Bartlett* (BARTLETT, 1954) alcançou significância estatística ($p = 0,0001$).

Uma vez realizados os testes de esfericidade de *Bartlett* e o teste de KMO, o próximo passo é a preparação da matriz de correlação, que tem como objetivo demonstrar as intercorrelações entre todas as variáveis, e assim o pesquisador está pronto para aplicar a análise fatorial e identificar a estrutura latente de relações (HAIR, 2009).

Ao verificar a força de relação entre as variáveis, é recomendado que na matriz de relação fossem evidenciados coeficientes iguais ou acima de 0,3. (TABACHNICK; FIDELL, 2009). Porém itens altamente correlacionados ($\geq 0,8$) constituem-se em um problema, tendo em vista a multicolinearidade e, nesses casos, eles devem ser retirados (TABACHNICK; FIDELL, 2009).

TABELA 12 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO - PRIMEIRA RODADA, PARANÁ, 2019

tem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1,000	0,149	0,076	0,102	-0,153	0,165	0,141	0,127	0,163	-0,043	-0,032	0,071	0,113	0,043	0,174	0,035	-0,083	-0,071	-0,032	-0,047	0,189	0,162	0,041	0,080	-0,024	0,051
2	0,149	1,000	0,174	0,067	0,090	0,124	0,043	0,266	0,076	0,058	0,048	0,144	-0,091	0,045	0,174	0,103	-0,078	-0,143	-0,033	-0,085	0,136	0,053	0,192	0,069	-0,078	0,070
3	0,076	0,174	1,000	0,274	-0,033	0,100	0,077	0,311	0,107	0,053	0,051	0,269	-0,005	0,127	0,168	0,248	0,091	-0,098	0,002	0,065	0,059	0,097	0,220	0,074	-0,036	0,087
4	0,102	0,067	0,274	1,000	0,031	0,055	0,183	0,202	0,050	0,094	0,101	0,199	0,075	0,095	0,032	0,204	-0,032	0,045	-0,005	0,062	-0,027	0,027	0,105	0,042	0,076	0,100
5	-0,153	0,090	0,033	0,031	1,000	-0,029	0,049	0,034	-0,065	0,255	0,316	0,013	0,140	-0,041	-0,058	0,031	0,167	0,126	-0,022	0,165	-0,039	-0,071	0,069	-0,116	0,069	-0,040
6	0,165	0,124	0,100	0,055	-0,029	1,000	0,092	-0,004	0,094	-0,099	-0,001	0,115	-0,024	0,088	0,277	0,102	-0,025	-0,134	0,147	-0,160	0,397	0,164	-0,054	0,244	-0,006	0,170
7	0,141	0,043	0,077	0,183	0,049	0,092	1,000	0,369	0,089	0,051	0,011	0,385	0,073	0,163	0,046	0,202	0,043	0,007	0,106	0,068	0,009	0,083	0,043	0,058	0,068	0,084
8	0,127	0,266	0,311	0,202	0,034	-0,004	0,369	1,000	0,060	0,063	0,126	0,477	0,077	0,085	0,260	0,335	0,034	-0,002	-0,024	-0,009	-0,029	0,010	0,419	0,120	-0,014	0,183
9	0,163	0,076	0,107	0,050	-0,065	0,094	0,089	0,060	1,000	-0,067	-0,022	0,019	-0,108	0,137	0,087	-0,005	0,083	-0,083	0,031	-0,045	0,041	0,135	0,002	0,026	-0,007	0,102
10	-0,043	0,058	0,053	0,094	0,255	-0,099	0,051	0,063	-0,067	1,000	0,283	0,116	0,219	0,039	-0,024	0,083	0,182	0,077	0,080	0,168	-0,005	0,025	0,087	0,058	-0,021	0,026
11	-0,032	0,048	0,051	0,101	0,316	-0,001	0,011	0,126	-0,022	0,283	1,000	0,015	0,091	0,082	0,112	0,047	0,151	0,153	0,052	0,135	0,054	-0,056	0,146	-0,091	0,087	0,123
12	0,071	0,144	0,269	0,199	0,013	0,115	0,385	0,477	0,019	0,116	0,015	1,000	0,041	0,076	0,151	0,425	0,003	-0,097	0,002	-0,086	0,120	0,114	0,174	0,212	-0,054	0,199
13	-0,113	-0,091	-0,05	0,075	0,140	-0,024	0,073	0,077	-0,108	0,219	0,091	0,041	1,000	0,135	0,082	-0,006	0,252	0,142	0,087	0,179	-0,101	0,044	0,004	0,007	0,081	0,004
14	0,043	0,045	0,127	0,095	-0,041	0,088	0,163	0,085	0,137	0,039	0,082	0,076	0,135	1,000	0,233	0,042	0,153	0,037	0,206	0,094	0,132	0,227	0,042	0,164	-0,021	0,098
15	0,174	0,174	0,168	0,032	-0,058	0,277	0,046	0,260	0,087	-0,024	0,112	0,151	0,082	0,233	1,000	0,181	0,163	0,039	0,171	0,095	0,189	0,222	0,445	0,242	0,044	0,104
16	0,035	0,103	0,248	0,204	0,031	0,102	0,202	0,335	-0,005	0,083	0,047	0,425	-0,006	0,042	0,181	1,000	0,021	-0,100	0,043	-0,057	0,163	0,086	0,141	0,136	-0,090	0,147
17	-0,083	-0,078	0,091	-0,032	0,167	-0,025	0,043	0,034	0,083	0,182	0,151	0,003	0,252	0,153	0,163	0,021	1,000	0,221	0,138	0,478	-0,114	-0,024	0,070	0,029	0,129	-0,043
18	-0,071	-0,143	-0,098	0,045	0,126	-0,134	0,007	-0,002	-0,083	0,077	0,153	-0,097	0,142	0,037	0,039	-0,100	0,221	1,000	-0,043	360	-0,255	-0,165	0,112	-0,119	0,302	-0,090
19	-0,032	-0,033	0,002	-0,005	-0,022	0,147	0,106	-0,024	0,031	0,080	0,052	0,002	0,087	0,206	0,171	0,043	0,138	-0,043	1,000	-0,015	0,206	0,329	-0,012	0,223	-0,016	0,057
20	-0,047	-0,085	0,065	0,062	0,165	-0,160	0,068	-0,009	-0,045	0,168	0,135	-0,086	0,179	0,094	0,095	-0,057	0,478	0,360	-0,015	1,000	-0,252	-0,073	0,134	-0,061	0,256	-0,082
21	0,189	0,136	0,059	-0,027	-0,039	0,397	0,009	-0,029	0,041	-0,005	0,054	0,120	-0,101	0,132	0,189	0,163	-0,114	-0,255	0,206	-0,252	1,000	0,312	-0,068	0,248	-0,207	0,193
22	0,162	0,053	0,097	0,027	-0,071	0,164	0,083	0,010	0,135	0,025	-0,056	0,114	0,044	0,227	0,222	0,086	-0,024	-0,165	0,329	-0,073	0,312	1,000	0,120	0,369	-0,080	0,134
23	0,041	0,192	0,220	0,105	0,069	-0,054	0,043	0,419	0,002	0,087	0,146	0,174	0,004	0,042	0,445	0,141	0,070	0,112	-0,012	0,134	-0,068	0,120	1,000	0,138	-0,038	0,062
24	0,080	0,069	0,074	0,042	-0,116	0,244	0,058	0,120	0,026	0,058	-0,091	0,212	0,007	164	0,242	0,136	0,029	0,119	0,223	0,061	248	0,369	0,138	1,000	-0,101	0,097
25	0,024	0,078	-0,036	0,076	0,069	-0,006	0,068	-0,014	-0,007	-0,021	0,087	0,054	0,081	-0,021	0,044	-0,090	0,129	0,302	-0,016	0,256	-0,207	-0,080	-0,038	-0,101	1,000	-0,192
26	0,051	0,070	0,087	0,100	-0,040	0,170	0,084	0,183	0,102	0,026	0,123	0,199	0,004	0,098	0,104	0,147	-0,043	-0,090	0,057	-0,082	0,193	0,134	0,062	0,097	-0,192	1,000

Fonte: A Autora (2019).

Conforme demonstrado na TABELA 9, percebeu-se que, pelo menos 18 itens (69,2%), tinham uma relação com outro item da escala ($\geq 0,3$). Considerando esses aspectos, o processo de validação da EASHG está apropriado. Procurou-se destacar (em negrito) as correlações mais fortes existentes.

Outro teste realizado na AF foi o critério de Kaiser-Guttman, que é a técnica mais comumente utilizada, sendo conhecida também por *eigenvalue* > 1, isto é, autovalores. Dessa forma, autovalores iguais ou acima de 1,0 são retidos para posteriores investigações (PATIL et al., 2008).

Assim, o critério de Kaiser-Guttman define que cada fator retido apresenta um *eigenvalue* que se refere ao total de variância explicada por este fator. A soma total dos *eigenvalues* é sempre igual ao número de itens utilizados na análise. Dessa forma, um fator com *eigenvalue* < 1 apresenta um total de variância explicada menor do que um único item. Como o objetivo das análises fatoriais é reduzir um determinado número de variáveis observadas em um número menor de fatores, apenas fatores com *eigenvalue* > 1 são retidos (FLOYD; WIDAMAN, 1995).

TABELA 13 - ANÁLISE FATORIAL – VALORES ABSOLUTOS E PERCENTUAIS DA VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS FATORES. PARANÁ, 2019.

Fatores	Valores próprios iniciais		
	Total	% de variação	% cumulativa
1	3,462	13,315	13,315
2	2,708	10,414	23,729
3	1,910	7,347	31,075
4	1,503	5,781	36,856
5	1,360	5,232	42,088
6	1,238	4,763	46,851
7	1,106	4,254	51,105
8	1,001	3,848	54,953

Fonte: A Autora (2019).

Dessa análise, extraíram-se oito fatores com autovalor >1, os quais respondem por uma variância total explicada de 54,95%. O primeiro fator explica 13,31% da variação dos dados, o segundo fator 10,41%, o terceiro fator representou 7,34% e os demais apresentaram valores $\leq 5,78\%$, conforme demonstrado na TABELA 10.

Tais dados podem ser confirmados na TABELA 11, onde é apresentada a matriz *Quartimax* de fatores não rotacionada, demonstrando que os itens também aparecem distribuídos em oito fatores.

Assim, de acordo com a TABELA 11, aplicou-se a rotação *Quartimax*, com normalização de Kaiser-Guttman para identificar os fatores com autovalores (*eigenvalues*) > 1.

Como alguns itens foram classificados em mais de um fator, optou-se por deixá-lo no fator com maior carga (em negrito). Portanto, observa-se que da maioria dos itens, dez (38,46%) encontram-se concentrados no fator 1; enquanto que o fator 2 possui cinco itens (19,23%); os fatores 3, 4 e 7, dois itens (7,69%); o fator 5, três itens (11,54%); e os fatores 6 e 8 apresentaram um item em cada (3,845%).

TABELA 14 - MATRIZ QUARTIMAX NÃO ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.

Item	Fatores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	0,310			-0,339		0,385		
2	0,370				0,438			0,341
3	0,466							
4	0,317							
5		0,428		0,491				
6	0,407					0,338	0,394	
7	0,400				-0,529			0,308
8	0,590		-0,442					
9				-0,313		0,418	-0,516	
10		0,412		0,515				
11		0,429		0,390	0,320	0,345		
12	0,606		-0,350		-0,314			
13		0,423						
14	0,348		0,392					
15	0,544			-0,306	0,388			
16	0,520							
17		0,570	0,377					
18		0,562						
19			0,566					
20		0,669						
21	0,436	-0,431						
22	0,459		0,452					
23	0,408	0,335			0,491	-0,365		
24	0,475		0,325			-0,337		
25		0,385		-0,353			0,439	
26	0,385							-0,463

Fonte: A Autora (2019).

Como as cargas fatoriais muitas vezes apresentam valores elevados em mais de um fator, isso pode levar a divisões de fatores inconclusivas. Nesse caso, submetemos as variáveis à matriz *Quartimax* de fatores rotacionada, foi observado que os itens também aparecem distribuídos em oito fatores, conforme demonstrado na TABELA 12.

TABELA 15 - MATRIZ QUARTIMAX ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.

Item	Fatores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1							0,561	
2		-0,316		0,450			0,323	
3	0,388							0,409
4	0,499							
5					0,732			
6						0,761		
7	0,673							
8	0,674			0,433				
9							0,737	
10					0,664			
11					0,645			
12	0,768							
13		0,386						
14			0,455					
15			0,307	0,651		0,342		
16	0,600							
17		0,625						
18		0,645						
19			0,655					
20		0,713						
21		-0,378	0,386			,544		
22			0,699					
23				0,810				
24			0,614					
25		0,542						-0,430
26								0,606

Fonte: A Autora (2019).

Novamente alguns itens foram classificados em mais de um fator, e optou-se por deixá-los no fator com maior carga (em negrito). Dessa forma, observa-se que os fatores 1 e 2 possuem cinco itens (19,23%), os fatores 3 e 4

possuem quatro itens (15,38%), o fator 5, três itens (11,53%) e os fatores 6, 7 e 8 com dois itens (7,69%) em cada fator.

As comunalidades também fazem parte da AF e avaliam a proporção da variância para cada variável incluída na análise que é explicada pelos componentes extraídos (SLATIN; 1974). Normalmente, o valor mínimo aceitável é de 0,50, assim, se for encontrado alguma comunalidade abaixo desse nível, a variável deve ser excluída e a análise fatorial deve ser realizada novamente (RUMMEL, 1967).

TABELA 16 - ANÁLISE DE COMUNALIDADE DOS FATORES. PARANÁ, 2019.

ITENS	CARGA
1	0,492
2	0,524
3	0,441
4	0,369
5	0,576
6	0,654
7	0,653
8	0,662
9	0,610
10	0,557
11	0,592
12	0,642
13	0,370
14	0,421
15	0,704
16	0,480
17	0,523
18	0,507
19	0,465
20	0,567
21	0,628
22	0,547
23	0,719
24	0,504
25	0,596
26	0,486

Fonte: A Autora (2019).

Dessa forma, conforme demonstrado na TABELA 13, os itens 1, 3, 4, 13, 14,16, 19, 26 foram excluídos pois apresentaram valores $< 0,5$, e, assim, nova rodada da análise fatorial foi iniciada.

6.3.2 Segunda Rodada da Análise Fatorial.

Conforme preconizado, se existem itens que foram excluídos em alguma etapa da análise fatorial, uma nova série de técnicas estatísticas devem ser realizada.

Nessa nova análise, o coeficiente de Kaiser-Meyer-Oklin foi de 0,681 superando o valor mínimo recomendado de 0,6 (KAISER, 1974), e o teste de esfericidade de *Bartlett* (BARTLETT, 1954) alcançou significância estatística ($p = 0,0001$).

Conforme a TABELA 14, perceberam-se inúmeros coeficientes dentro do intervalo esperado ($\geq 0,3$), presentes em 16 itens (88,88%). Assim, a realização da análise fatorial, considerando-se os dois aspectos necessários, mostra-se apropriada para o processo de validação da EASHG.

Procurou-se destacar (em negrito) as correlações mais fortes existentes com, pelo menos, um item.

Conforme demonstrado na TABELA 14, percebeu-se que, pelo menos 15 itens (83,3%), tinham uma relação com outro item da escala ($\geq 0,3$). Dessa forma, o processo de validação da EASHG está apropriado. Como anteriormente, destacou-se (em negrito) as correlações mais fortes existentes.

Ressalta-se ainda que, no que concerne à força de relação entre as variáveis, a suscetibilidade dos dados para a análise fatorial foi avaliada pelo método Kaiser-Meyer-Oklin, atingindo um coeficiente de 0,681, superando o valor mínimo recomendado de 0,6 (KAISER, 1974), e o teste de esfericidade de *Bartlett* (BARTLETT, 1954) alcançou significância estatística ($p = 0,0001$).

TABELA 17 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO - SEGUNDA RODADA, PARANÁ, 2019.

Item	2	5	6	7	8	9	10	11	12	15	17	18	20	21	22	23	24	25
2	0,000	0,091	0,120	,053	0,262	0,073	0,060	0,050	0,140	0,170	-0,076	-0,146	-0,082	0,139	0,053	0,200	0,064	-0,076
5	0,091	1,000	-0,030	,052	0,034	0,065	0,256	0,316	0,012	-0,059	0,167	0,125	0,165	-0,038	-0,071	0,071	-0,117	0,070
6	0,120	-0,030	1,000	,084	-0,003	0,096	-0,100	-0,003	0,116	0,279	-0,026	-0,132	-0,161	0,394	0,163	-0,060	0,246	-0,007
7	0,053	0,052	0,084	1,000	0,361	0,083	0,054	0,015	0,377	0,041	0,046	0,002	0,071	0,014	0,083	0,058	0,050	0,070
8	0,262	0,034	-0,003	,361	1,000	0,061	0,063	0,125	0,478	0,261	0,033	0,000	-0,010	-0,030	0,010	0,412	0,121	-0,014
9	0,073	-0,065	0,096	,083	0,061	1,000	-0,068	-0,023	0,021	0,089	0,082	-0,081	-0,045	0,039	0,135	-0,003	0,029	-0,008
10	0,060	0,256	-0,100	,054	0,063	-0,068	1,000	0,283	0,115	-0,024	0,183	0,076	0,169	-0,004	0,025	0,089	0,057	-0,020
11	0,050	0,316	-0,003	,015	0,125	-0,023	0,283	1,000	,014	0,111	0,151	0,152	0,136	0,055	-0,056	0,148	-0,092	0,087
12	0,140	0,012	0,116	,377	0,478	0,021	0,115	0,014	1,000	0,152	0,002	-0,095	-0,086	0,119	0,114	0,168	0,214	-0,055
15	0,170	-0,059	0,279	,041	0,261	0,089	-0,024	0,111	0,152	1,000	0,162	0,041	0,094	0,187	0,221	0,437	0,244	0,043
17	-0,076	0,167	-0,026	,046	0,033	0,082	0,183	0,151	0,002	0,162	1,000	0,220	0,478	-0,113	-0,024	0,072	0,028	129
18	-0,146	0,125	-0,132	,002	0,000	-0,081	0,076	0,152	-0,095	0,041	0,220	1,000	0,359	-0,256	-0,165	0,106	-0,116	0,301
20	-0,082	0,165	-0,161	,071	-0,010	-0,045	0,169	0,136	-0,086	0,094	0,478	0,359	1,000	-0,251	-0,073	0,136	-0,062	0,256
21	139	-0,038	0,394	,014	-0,030	0,039	-0,004	0,055	0,119	0,187	-0,113	-0,256	-0,251	1,000	0,312	-0,062	0,245	-0,205
22	0,053	-0,071	0,163	,083	0,010	0,135	0,025	-0,056	0,114	0,221	-0,024	-0,165	-0,073	0,312	1,000	0,120	0,368	-0,080
23	0,200	0,071	-0,060	,058	0,412	-0,003	0,089	0,148	0,168	0,437	0,072	0,106	0,136	-0,062	0,120	1,000	0,130	-0,035
24	0,064	-0,117	0,246	,050	0,121	0,029	0,057	-0,092	0,214	0,244	0,028	-0,116	-0,062	0,245	0,368	0,130	1,000	-0,102
25	-0,076	0,070	-0,007	,070	-0,014	-0,008	-0,020	0,087	-0,055	0,043	0,129	0,301	0,256	-0,205	-0,080	-0,035	-0,102	1,000

Fonte: A Autora (2019).

Quanto ao critério de (*Eigenvalue*), conforme demonstrado na TABELA 15, aplicou-se a rotação *Varimax* com normalização de Kaiser-Guttman, para identificar os fatores com autovalores (*Eigenvalues*) > 1.

TABELA 18 - ANÁLISE FATORIAL – VALORES ABSOLUTOS E PERCENTUAIS DA VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS FATORES, PARANÁ, 2019.

Fatores	Valores próprios iniciais		
	Total	% de variação	% cumulativa
1	2,705	15,030	15,030
2	2,471	13,727	28,757
3	1,522	8,456	37,213
4	1,413	7,851	45,064
5	1,217	6,761	51,824
6	1,111	6,170	57,994
7	1,026	5,701	63,695

Fonte: A Autora (2019).

Nessa rodada, extraíram-se sete fatores com autovalor >1, os quais respondem por uma variância total explicada de 63,69%. O primeiro fator explica 15,03% da variação dos dados, o segundo fator, 13,72%, o terceiro fator representou 8,45%, os demais apresentaram valores $\leq 7,85\%$.

Tais dados podem ser confirmados na TABELA 16, onde apresenta-se a matriz *Varimax* de fatores não rotacionada, demonstrando que os itens também aparecem distribuídos em sete fatores.

TABELA 19 - MATRIZ VARIMAX NÃO ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.

Item	Fatores						
	1	2	3	4	5	6	7
2	-0,337	0,497					
5				0,714			
6						0,811	
7			0,804				
8		0,536	0,655				
9							0,904
10				0,689			
11				0,679			
12			0,772				
15		0,683				0,329	
17	0,591						0,315
18	0,665						
20	0,714						
21	-0,341				0,378	0,601	
22					0,684		
23		0,815					
24					0,726		
25	0,629				-0,302		

Fonte: A Autora (2019).

Como alguns itens foram classificados em mais de um fator, optou-se por deixá-lo no fator com maior carga (em negrito). Nessa rodada, no fator 1, tivemos quatro itens (22,22%), os fatores 2, 3 e 4, apresentaram três itens (16,66%), o fator 6 apresentou dois itens (11,11%) e o fator 7, apenas um item (5,55%).

Como nesta rodada as cargas fatoriais apresentaram elevados índices em mais de um fator, submetemos as variáveis à matriz de *Varimax* rotacionada, os quais aparecem distribuídos em 7 fatores, conforme demonstrado na TABELA 17.

TABELA 20 - MATRIZ VARIMAX ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.

Item	Fatores						
	1	2	3	4	5	6	7
2	-0,337	0,497					
5				0,714			
6						0,811	
7			0,804				
8		0,536	0,655				
9							0,904
10				0,689			
11				0,679			
12			0,772				
15		0,683				0,329	
17	0,591						0,315
18	0,665						
20	0,714						
21	-0,341				0,378	0,601	
22					0,684		
23		0,815					
24					0,726		
25	0,629				-0,302		

Fonte: A Autora (2019).

É possível observar que o fator 1 possui quatro itens (22,22%), os fatores 2, 3 e 4 com três itens (16,66%), os fatores 5 e 6 com dois itens (11,11%) e o fator 7 com um item (5,55%). Para melhor visualização, destacamos os fatores com maior carga (em negrito).

As comunalidades também foram novamente realizadas, conforme demonstrado na TABELA 18, mantendo o valor mínimo aceitável (0,50) e, da mesma forma, se for encontrada alguma comunalidade abaixo desse nível, a

variável deve ser excluída e a análise fatorial deve ser realizada novamente (RUMMEL, 1967).

TABELA 21 - ANÁLISE DE COMUNALIDADE DOS FATORES, PARANÁ, 2019.

ITENS	CARGA
2	0,496
5	0,554
6	0,700
7	0,691
8	0,733
9	0,835
10	0,625
11	0,566
12	0,673
15	0,715
17	0,609
18	0,536
20	0,634
21	0,642
22	0,528
23	0,743
24	0,609
25	0,574

Fonte: A Autora (2019).

Conforme determina o teste estatístico, o item 2 apresentou valor < 0,50, sendo necessária sua exclusão. Sendo assim, será realizada nova rodada da análise fatorial.

6.3.3 Terceira Rodada da Análise Fatorial

Na nova série de análises estatísticas, mais uma vez, o coeficiente de Kaiser-Meyer-Oklin (KMO) foi de 0,674 superando o valor mínimo recomendado de 0,6 (KAISER, 1974), e o teste de esfericidade de *Bartlett* (BARTLETT, 1954) alcançou significância estatística ($p = 0,0000$).

Conforme a TABELA 19, perceberam-se inúmeros coeficientes dentro do intervalo esperado ($\geq 0,3$), presentes em 15 (88,23%) itens. Assim, a realização da análise fatorial, considerando-se os dois aspectos necessários, mostra-se apropriada para o processo de validação da EAPDI. Além disso, destaca-se que as correlações item-item variaram de 0,000 a 0,478,

entretanto, procurou-se destacar (em negrito) as correlações mais fortes existentes com, pelo menos, um item.

TABELA 22 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO - TERCEIRA RODADA, PARANÁ, 2019.

	5	6	7	8	9	10	11	12	15	17	18	20	21	22	23	24	25
5	1,000	-0,03	0,052	0,034	-0,065	0,256	0,316	0,012	-0,059	0,167	0,125	0,165	-0,038	-0,071	0,071	-0,117	0,07
6	-0,03	1,000	0,084	-0,003	0,096	-0,1	-0,003	0,116	0,279	-0,026	-0,132	-0,161	0,394	0,163	-0,06	0,246	-0,007
7	0,052	0,084	1,000	0,361	0,083	0,054	0,015	0,377	0,041	0,046	0,002	0,071	0,014	0,083	0,058	0,05	0,07
8	0,034	-0,003	0,361	1,000	0,061	0,063	0,125	0,478	0,261	0,033	0	-0,01	-0,03	0,01	0,412	0,121	-0,014
9	-0,065	0,096	0,083	0,061	1,000	-0,068	-0,023	0,021	0,089	0,082	-0,081	-0,045	0,039	0,135	-0,003	0,029	-0,008
10	0,256	-0,1	0,054	0,063	-0,068	1,000	0,283	0,115	-0,024	0,183	0,076	0,169	-0,004	0,025	0,089	0,057	-0,02
11	0,316	-0,003	0,015	0,125	-0,023	0,283	1,000	0,014	0,111	0,151	0,152	0,136	0,055	-0,056	0,148	-0,092	0,087
12	0,012	0,116	0,377	0,478	0,021	0,115	0,014	1,000	0,152	0,002	-0,095	-0,086	0,119	0,114	0,168	0,214	-0,055
15	-0,059	0,279	0,041	0,261	0,089	-0,024	0,111	0,152	1,000	0,162	0,041	0,094	0,187	0,221	0,437	0,244	0,043
17	0,167	-0,026	0,046	0,033	0,082	0,183	0,151	0,002	0,162	1,000	0,22	0,478	-0,113	-0,024	0,072	0,028	0,129
18	0,125	-0,132	0,002	0	-0,081	0,076	0,152	-0,095	0,041	0,22	1,000	0,359	-0,256	-0,165	0,106	-0,116	0,301
20	0,165	-0,161	0,071	-0,01	-0,045	0,169	0,136	-0,086	0,094	0,478	0,359	1,000	-0,251	-0,073	0,136	-0,062	0,256
21	-0,038	0,394	0,014	-0,03	0,039	-0,004	0,055	0,119	0,187	-0,113	-0,256	-0,251	1,000	0,312	-0,062	0,245	-0,205
22	-0,071	0,163	0,083	0,01	0,135	0,025	-0,056	0,114	0,221	-0,024	-0,165	-0,073	0,312	1,000	0,12	0,368	-0,08
23	0,071	-0,06	0,058	0,412	-0,003	0,089	0,148	0,168	0,437	0,072	0,106	0,136	-0,062	0,12	1,000	0,13	-0,035
24	-0,117	0,246	0,05	0,121	0,029	0,057	-0,092	0,214	0,244	0,028	-0,116	-0,062	0,245	0,368	0,13	1,000	-0,102
25	0,07	-0,007	0,07	-0,014	-0,008	-0,02	0,087	-0,055	0,043	0,129	0,301	0,256	-0,205	-0,08	-0,035	-0,102	1,000

Fonte: A Autora (2019).

Quanto ao critério de (*Eigenvalue*), conforme demonstrado na TABELA 20, aplicou-se a rotação *Varimax* com normalização de Kaiser-Guttman, para identificar os fatores com autovalores (*Eigenvalues*) > 1.

TABELA 23 - ANÁLISE FATORIAL – VALORES ABSOLUTOS E PERCENTUAIS DA VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS FATORES, PARANÁ, 2019.

Fatores	Valores próprios iniciais		
	Total	% de variação	% cumulativa
1	2,611	15,361	15,361
2	2,446	14,388	29,749
3	1,506	8,861	38,610
4	1,393	8,194	46,804
5	1,189	6,995	53,799
6	1,073	6,313	60,111
7	1,005	5,909	66,020

Fonte: A Autora (2019).

Nessa rodada, houve também extração de sete fatores com autovalor >1, os quais respondem por uma variância total explicada de 66,02%. O primeiro fator explica 15,36% da variação dos dados, o segundo fator 14,38%, o terceiro representou 8,86% e os demais apresentaram valores ≤ 8,19%.

Tais dados podem ser confirmados na TABELA 21, onde se apresenta a matriz *Quartimax* de fatores não rotacionada, demonstrando que os itens também aparecem distribuídos em sete fatores.

TABELA 24 - MATRIZ *QUARTIMAX* NÃO ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG. PARANÁ, 2019. (continua)

Item	Fatores						
	1	2	3	4	5	6	7
5		0,336		0,557			
6	0,514		0,376		0,333	0,412	
7		0,395	-0,429		0,542		
8		0,587	-0,531				
9					0,318		0,816
10		0,386		0,570		-0,354	
11		0,435		0,499		0,350	
12	0,441	0,428	-0,456				
15	0,385	0,502	0,303	-0,303			
17		0,491	0,362			-0,306	
18	-0,511	0,350					
20	-0,492	0,488					
21	0,610		0,359	0,309			
22	0,534		0,338			-0,332	

TABELA 21 - MATRIZ *QUARTIMAX* NÃO ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG. PARANÁ, 2019. (conclusão)

Item	Fatores						
	1	2	3	4	5	6	7
23		0,589			-0,587		
24	0,554					-0,336	-0,314
25	-0,361			-0,331	0,368	0,315	

Fonte: A Autora (2019).

Como alguns itens foram classificados em mais de um fator, optou-se por deixá-lo no fator com maior carga (em negrito). Nessa terceira rodada, o fator 1 apresentou seis itens (35,29%), o fator 2, quatro itens (23,52%), o fator 3 e 7 apresentaram um item (5,88%) e os fatores 4 e 5, dois itens (11,76%). Diferentemente das outras rodadas, o fator 6 não apresentou nenhum item com carga fatorial expressiva.

Como nesta rodada as cargas fatoriais apresentaram elevados níveis em mais de um fator, submetemos as variáveis à matriz de *Quartimax* de fatores rotacionadas, que aparecem distribuídos em 7 fatores, conforme demonstrado na TABELA 22.

TABELA 25 - MATRIZ *QUARTIMAX* ROTACIONADA DOS FATORES DA EASHG, PARANÁ, 2019.

Item	Fatores						
	1	2	3	4	5	6	7
5			0,707				
6						0,808	
7		0,798					
8		0,678		0,512			
9							0,927
10			0,673				
11			0,717				
12		0,774					
15				0,717		0,349	
17	0,609						
18	0,649						
20	0,749						
21	-0,354				0,373	0,595	
22					0,679		
23				0,843			
24					0,735		
25	0,651						

Fonte: A Autora (2019).

Quando realizamos a Matriz *Quartimax* rotacionada dos fatores, foi possível observar que o fator 1 possui quatro itens (23,52%), os fatores 2 e 3, com três itens (17,64%), os fatores 4, 5 e 6 com dois itens (11,76%) e o fator 7 com um item (5,88%); optou-se por deixá-los no fator com maior carga (em negrito).

As comunalidades também foram novamente realizadas (TABELA 23), e, da mesma forma que foi realizada nas outras rodadas, se for encontrado alguma comunalidade abaixo de 0,50 a variável deve ser excluída e a análise fatorial deve ser realizada novamente (RUMMEL, 1967)

TABELA 26 - ANÁLISE DE COMUNALIDADE DOS FATORES, PARANÁ, 2019.

ITENS	CARGA
5	0,544
6	0,698
7	0,686
8	0,741
9	0,876
10	0,630
11	0,660
12	0,671
15	0,735
17	0,614
18	0,526
20	0,672
21	0,644
22	0,525
23	0,772
24	0,632
25	0,597

Fonte: A Autora (2019).

Nessa rodada não houve valor $< 0,50$, dessa forma, não foi necessária uma nova rodada de análise da análise fatorial.

Nas análises estatísticas realizadas, foi possível observar que mesmo com a exclusão de alguns itens, os Testes de KMO e Teste de esfericidade de *Bartlett* foram estatisticamente significantes, corroborando outros estudos de validação de escalas (DINI et al., 2014; CARDOSO et al., 2017) e em estudo

que aplicava a análise fatorial (NEISSE, HONGYU, 2016), sustentando a fatorabilidade da matriz de correlação.

Por meio do método de análise dos fatores, foi possível identificar sete a oito fatores hipotéticos. Mas, ao realizar a Matriz *Quartimax* rotacionada à terceira rodada da análise fatorial, ficou clara a existência de sete fatores. Fatores esses que, teoricamente, podem ser determinantes para identificar a autoeficácia das gestantes nas SHG, enquadrando-se na EASHG.

Após a extração por análise de componentes principais, demonstrados na TABELA 22, foi possível observar que a distribuição dos itens ocorreu por apresentarem maior carga e, dessa forma, foi possível reorganizá-los, conforme demonstrado no QUADRO 11.

QUADRO 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS SEGUNDO OS FATORES, A CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A TEORIA E OS JUÍZES. CURITIBA/PR 2019.

(continua)

Fator	Itens	Descrição do Item	Classificação segundo Teoria	Classificação segundo Juízes
1	17	Tomo a medicação somente quanto sinto que a pressão está alta/alterada.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
	18	Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
	20	Quando sinto que a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação prescrita.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Estilo de vida
	25	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
2	8	Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
	7	Fui orientada durante o pré-natal, quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
	12	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
3	5	Tomo medicações que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso, Assistência pré-natal e estilo de vida
	10	Quando sinto que minha pressão está alta tomo um comprimido a mais, do que o prescrito.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
	11	Tomo chás que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Estilo de Vida	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal
4	15	Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
	23	Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal

QUADRO 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS SEGUNDO OS FATORES, A CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A TEORIA E OS JUÍZES, PARANÁ, 2019. (conclusão)

Fator	Itens	Descrição do Item	Classificação segundo Teoria	Classificação segundo Juízes
5	22	Procuro realizar atividades que me deixem tranquila.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
	24	Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez.	Estilo de Vida	Estilo de Vida e Assistência Pré-Natal
6	6	Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação com frutas, verduras ou legumes.	Estilo de Vida	Assistência Pré-Natal e Estilo de vida
	21	Como frutas, verduras ou legumes todos os dias, além de outros alimentos.	Estilo de Vida	Estilo de Vida
7	9	Quando não estou me sentindo bem, vou à unidade de saúde.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal

Fonte: A Autora (2019).

No QUADRO 11, resultante da análise fatorial, constatou-se que os três fatores originais propostos pelos juízes e pela pesquisadora se reorganizaram em sete novos fatores, os quais foram renomeados em função da nova configuração e dos conteúdos dos itens.

Para realização da nova denominação dos fatores, primeiramente foram confrontadas as classificações segundo a teoria e segundo os juízes e observada qual nomeação apresentava-se mais frequente. Sendo assim, mantiveram-se as nomeações e as definições já existentes na literatura nos fatores: Fator 1, “Tratamento Medicamentoso”, Fator 2, “Assistência Pré-Natal” e Fator 5, “Estilo de Vida”.

A renomeação dos demais domínios foi realizada pela pesquisadora e pela orientadora com base na literatura. Assim, o Fator 3 foi classificado como “Intervenção Baseado no Senso Comum”; o Fator 4, “Entendimento das Recomendações com Apoio Familiar”; o Fator 6 “Intervenção Dietética;” e, o Fator 7 ficou denominado como “Cuidado de si”.

Após levantamento das definições na literatura, apresentam-se as definições operacionais e os itens distribuídos conforme demonstrado no QUADRO 12:

- Fator 1 – Tratamento Medicamentoso - Adesão ao tratamento consiste em seguir as recomendações como: tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças de estilo de vida, corresponde a recomendações acordadas por um profissional de saúde. (BRASIL, 2016). Isto é, as gestantes sabem da importância do uso da medicação

e observam horários e doses. Têm conhecimento dos possíveis efeitos adversos e têm acesso à medicação evitando ansiedade.

- Fator 2 – Assistência ao Pré-natal - A assistência pré-natal de alto risco consiste em interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a reduzir os riscos aos quais estão expostos a gestante e o feto, ou mesmo reduzir suas possíveis consequências adversas (BRASIL, 2012b). Dessa forma, a gestante reconhece a importância da assistência que recebe no pré-natal. Recebe as orientações necessárias para melhor acompanhamento.
- Fator 3 – Intervenção baseado no senso comum – É a influência da realidade social na qual a família está inserida, a sua rotina, seus valores e, ainda, as formas de cuidar instituídas e na memória falada, passada de geração em geração (BRASIL, 2012c).
- Fator 4 – Entendimento das recomendações com apoio familiar – São recomendadas intervenções que incluam a mobilização das famílias e das comunidades e as consultas pré-natais domiciliárias, para melhorar a utilização dos cuidados pré-natais e os resultados da saúde perinatal (WHO, 2016).
- Fator 5 – Estilo de Vida - É o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização (BRASIL, 1986). A gestante sabe da necessidade de manter uma alimentação saudável e atividades físicas regulares para manutenção dos níveis pressóricos, evitando estresse.
- Fator 6 – Intervenção Dietética - Recomenda-se às mulheres grávidas uma alimentação saudável e atividade física durante a gravidez, para que se mantenham saudáveis e evitem o ganho de peso excessivo (WHO, 2016).
- Fator 7 – Cuidado de Si – Tem como princípio tomar conta de si, ter cuidado consigo, preocupar-se (FOUCAULT, 1994). O cuidado de si só é compreendido como essencial a partir do momento que as pessoas tomam consciência da necessidade de manter-se bem e saudável (CARRARO, RADÜNZ, 2003).

QUADRO 16 - DESCRIÇÃO DO ITEM E CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A TEORIA, JUÍZES E ANÁLISE FATORIAL DOS DOMÍNIOS DA EASHG, PARANÁ, 2019.
(continua)

Fator	Itens	Descrição do Item	Classificação segundo Teoria	Classificação segundo Juízes	Classificação após Análise Fatorial
1	17	Tomo a medicação somente quando sinto que a pressão está alta/alterada.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso
	18	Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	
	20	Quando sinto que a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação prescrita.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Estilo de vida	
	25	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	
2	8	Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal
	7	Fui orientada durante o pré-natal, quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal	
	12	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal	
3	5	Tomo medicações que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso, Assistência pré-natal e estilo de vida	Intervenção baseada no senso comum
	10	Quando sinto que minha pressão está alta tomo um comprimido a mais, do que o prescrito.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal	
	11	Tomo chás que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Estilo de Vida	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal	

QUADRO 17 - DESCRIÇÃO DO ITEM E CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A TEORIA, JUÍZES E ANÁLISE FATORIAL DOS DOMÍNIOS DA EASHG, PARANÁ, 2019.
(conclusão)

4	15	Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Entendimento das recomendações com apoio familiar.
	23	Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso e Assistência Pré-Natal	
5	22	Procuro realizar atividades que me deixem tranquila.	Estilo de Vida	Estilo de Vida	Estilo de Vida
	24	Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez.	Estilo de Vida	Estilo de Vida e Assistência Pré-Natal	
6	6	Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação com frutas, verduras ou legumes.	Estilo de Vida	Assistência Pré-Natal e Estilo de vida	Intervenção Dietética
	21	Como frutas, verduras ou legumes todos os dias, além de outros alimentos.	Estilo de Vida	Estilo de Vida	
7	9	Quando não estou me sentindo bem, vou à unidade de saúde.	Assistência Pré-Natal	Assistência Pré-Natal	Cuidado de si

Fonte: A Autora (2019).

Após a realização da análise fatorial, foi possível observar que a EASHG possui sete fatores e, conseqüentemente, é um instrumento multidimensional.

Conforme Pasquali e Primi (2003), a dimensionalidade deve ser considerada como uma questão de grau, uma vez que o desempenho humano é sempre multideterminado e multimotivado, assim, tendencialmente mais do que um traço latente estará presente em qualquer realização.

Os dois tipos de instrumento são vantajosos, os unidimensionais são de aplicação fácil e rápida e ainda de baixo custo, enquanto que os instrumentos multidimensionais possuem a vantagem de conseguir avaliar a complexidade do construto como, por exemplo, o tratamento medicamentoso, a assistência pré-natal, a intervenção baseada no senso comum, o entendimento das recomendações com apoio familiar, a intervenção dietética e o cuidado de si.

Os instrumentos multidimensionais são encontrados em diversas áreas como “Instrumento de avaliação de atitudes frente ao uso de história da ciência no ensino de ciências” (SCOARIS; PEREIRA; FILHO, 2009), “Instrumento de avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos” (VICENTE; SANTOS, 2013).

Após validade do construto pela análise fatorial em três rodadas, torna-se necessário analisar a fidedignidade do instrumento.

6.3.2 Fidedignidade

A verificação de fidedignidade de um teste refere-se ao grau de precisão deste como instrumento de medida. O termo fidedignidade sugere confiabilidade, portanto, é a qualidade dos escores de teste que indica se eles são suficientemente consistentes. Se um teste for descrito como fidedigno, sugere-se que sua confiabilidade foi estabelecida em todos os aspectos (PASQUALI, 2010).

6.3.3 Análise da consistência interna

Essa análise foi realizada através da medida da consistência interna dos itens da EASHG, cujo indicador foi o alfa de *Cronbach* por ser mais utilizado para determinar a precisão do instrumento, além de refletir o grau de covariância dos itens entre si (PASQUALI, 2010).

- Coeficiente de Alfa de Cronbach

É um teste que tem como objetivo verificar a estimativa da confiabilidade de um instrumento. Apesar de vários estudos, na literatura científica ainda não existe um consenso entre os pesquisadores acerca da interpretação da confiabilidade de um questionário obtida a partir do valor deste coeficiente. Em geral, considera-se satisfatório um instrumento de pesquisa que obtenha $\alpha \geq 0,70$ (FREITAS, RODRIGUES; 2005).

O coeficiente, quando é mais elevado que 0,90, pode sugerir a presença de itens redundantes, e abaixo de 0,70 pode refletir baixa consistência interna (PASQUALI, 2013).

Assim, na TABELA 24, Freitas e Rodrigues (2005) apresentam a classificação da confiabilidade a partir do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach.

TABELA 27 - CLASSIFICAÇÃO DA CONFIABILIDADE A PARTIR DO COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

	Muito Baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito Alta
Valor de α	$\alpha \leq 0,30$	$0,30 < \alpha \leq 0,60$	$0,60 < \alpha \leq 0,75$	$0,75 < \alpha \leq 0,90$	$\alpha > 0,90$

Fonte: Freitas, Rodrigues (2005).

O alfa de Cronbach da EASHG, com seus 17 itens, foi de 0,58, indicando uma baixa consistência interna do instrumento. Freitas e Rodrigues (2005) revelam que o valor do alfa pode ser influenciado por diversos motivos os quais podem interferir na confiabilidade do instrumento tanto positivamente quanto negativamente. Cortina (1993) demonstra que o valor do α depende do número total de itens, assim, à medida que aumenta o número de itens da escala, aumentará também o valor do alfa. Além disso, um α muito elevado não confirma a confiabilidade porque pode ser reflexo do número total de itens do instrumento.

Esse valor de alfa é confirmado quando se realiza a análise item-total (TABELA 25), no qual se pode perceber que, mesmo realizando a exclusão de algum dos itens, o valor permanece homogêneo, variando entre 0,527 a 0,597.

TABELA 28 - COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL, VALOR DE ALFA DO TOTAL DOS ITENS DA EASHG E VALORES DE ALFA SE O ITEM FOR EXCLUÍDO, PARANÁ, 2019.

Itens da EASHG	Correlação de item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
EASHG Total		0,58
<i>Tratamento Medicamentoso</i>		
17. Tomo a medicação somente quanto sinto que a pressão está alta/alterada.	0,246	0,565
18. Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	0,052	0,597
20. Quando sinto que a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação prescrita.	0,171	0,576
25. Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	0,057	0,591
<i>Assistência Pré-Natal</i>		
7. Fui orientada durante o pré-natal, quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta	0,252	0,563
8. Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	0,356	0,546
12. Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	0,313	0,553
<i>Intervenção baseada no senso comum</i>		
5. Tomo medicações que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	0,120	0,582
10. Quando sinto que minha pressão está alta tomo um comprimido a mais, do que o prescrito.	0,171	0,576
11. Tomo chás que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	0,210	0,571
<i>Entendimento das recomendações com apoio familiar.</i>		
15. Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.	0,440	0,527
23. Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	0,320	0,549
<i>Estilo de Vida</i>		
22. Procuo realizar atividades que me deixem tranquila.	0,215	0,570
24. Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez.	0,255	0,562
<i>Intervenção Dietética</i>		
6. Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação com frutas, verduras ou legumes.	0,169	0,578
21. Como frutas, verduras ou legumes todos os dias, além de outros alimentos.	0,101	0,588
<i>Cuidado de Si</i>		
9. Quando não estou me sentindo bem, vou à unidade de saúde.	0,072	0,591

Fonte: A Autora (2019).

Neste estudo, é possível observar que os itens 8 ($r = 0,356$) e 2 ($r = 0,313$) que pertencem ao domínio (fator) Assistência Pré-Natal e os itens 15 ($r = 0,440$) e 23 ($r = 0,320$) que compõem o domínio (fator) “Entendimento das recomendações com apoio familiar” apresentaram a correlação mais forte da EASHG.

Essa análise demonstra o quanto os itens contribuem de modo equivalente para o escore total, a correlação entre o item e o total obtido na escala é uma ferramenta fundamental no estudo das características psicométricas de uma escala. O índice de correlação item-total r mostra o quanto o item está contribuindo para o escore final. De modo geral, o valor aceito é de $r > 0.30$. Pasquali (2013).

Esses valores corroboram estudos de construção e validação de escalas na área de saúde (ROBALO, CRUZ, NUNES, 2016).

Na Tabela 26 constam os valores do alfa de Cronbach para cada domínio (fator) que compõe a EASHG, e pode-se verificar que, de forma isolada, três domínios (fatores) apresentaram valores acima de 0,60 e os outros três revelaram valores superiores a 0,53. Não foi possível calcular o valor de α do domínio (fator) “Cuidado de Si”, pois para fazer a análise são necessários pelo menos dois itens.

Por essa razão, o valor de alfa obtido no presente estudo mostrou-se abaixo do adequado.

TABELA 29 - ALFA CRONBACH DOS DOMÍNIOS QUE COMPÕE A EASHG, PARANÁ, 2019.

Domínios da EASHG	Número de Itens	Alfa de Cronbach
Tratamento Medicamentoso	4	0,620
Assistência Pré-Natal	3	0,668
Intervenção baseada no senso comum	3	0,541
Entendimento das recomendações com apoio familiar.	2	0,607
Estilo de Vida	2	0,537
Intervenção Dietética	2	0,564
Cuidado de Si	1	-

Fonte: A Autora (2019).

▪ Fidedignidade pelo Método das Metades (Split-Half)

Nesse teste, os indivíduos respondem a um único teste em uma única ocasião. O teste é dividido em duas partes equivalentes e a correlação é calculada entre os escores obtidos nas duas metades (PASQUALI, 2010).

Na EASHG, para efetuar essa análise de precisão, utilizamos a divisão do teste em itens pares e itens ímpares (PASQUALI, 2010).

A TABELA 27 mostra a estatística da confiabilidade do instrumento, por meio do método das metades ou *split-half method*. Obteve-se o alfa de Cronbach para os itens ímpares e pares de 0,372 e de 0,344 respectivamente, e a correlação entre as partes foi de 0,523. A correlação é uma estatística que varia de -1 a 1, significando que quanto mais próxima for de 1, maior será a consistência interna do instrumento.

TABELA 30 - ESTATÍSTICA DE FIDEDIGNIDADE NO MÉTODO DAS METADES, PARANÁ, 2019.

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	0,372
		N de Itens	9 ^a
	Parte 2	Valor	0,344
		N de itens	8 ^b
	N total de itens		
Coeficiente entre partes			0,523
Coeficiente de Spearman-Brown			0,687

Nota: ^a Itens ímpares da escala.

^b Itens pares da escala

Fonte: A Autora (2019).

Para esse método, o coeficiente de *Spearman-Brown* estimou uma fidedignidade de 0,687 para o instrumento como um todo. O alfa de Cronbach para os sete fatores do instrumento variou de 0,537 a 0,668. Ambos os coeficientes possuem valores próximos, no entanto, o de *Spearman-Brown* apresenta uma estimativa de fidedignidade maior para o instrumento.

O coeficiente de alfa de Cronbach de 0,58 está dentro dos parâmetros para um instrumento confiável. Avaliando as possíveis razões para esse coeficiente e de acordo com os referenciais utilizados, a forma de aprimorar a confiabilidade seria aumentar o número de sujeitos.

Dessa forma após todas as etapas para validação e fidedignidade da EASHG, a versão final da EASHG ficou composta de 17 itens, conforme demonstrado a seguir.

ESCALA AUTOEFICÁCIA DE GESTANTE NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS
SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ (EASHG)

Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você pode prevenir as complicações das síndromes hipertensivas da gravidez. Marque com um X a sua resposta no número mais próximo de como você se sente.

Não existe resposta certa ou errada.

	Discordo	Às vezes concordo	Concordo
1 Tomo medicações que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
2 Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação com frutas, verduras ou legumes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
3 Fui orientada durante o pré-natal, quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido à pressão alta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
4 Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
5 Quando não estou me sentindo bem, vou à unidade de saúde.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
6 Quando sinto que a minha pressão está alta tomo um comprimido a mais, do que o prescrito.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
7 Tomo chás que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
8 Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
9 Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
10 Tomo a medicação somente quando sinto que a pressão está alta/alterada.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
11 Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
12 Quando sinto que a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação prescrita.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
13 Como frutas, verduras ou legumes todos os dias, além de outros alimentos.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
14 Procuro realizar atividades que me deixem tranquila.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
15 Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
16 Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
17 Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

6.3.2 Normatização

Apesar de o instrumento ter sido submetido às análises anteriormente citadas, é necessário que seja realizada a normatização, que facilita o momento da interpretação dos dados e a uniformidade em todos os procedimentos no uso de um instrumento válido e preciso (PASQUALI, 2010). A normatização refere-se ao último aspecto, isto é, como interpretar os resultados obtidos num instrumento (PASQUALI, 2013).

Os escores dos instrumentos foram somados e classificados, a fim de identificar os intervalos de baixo, moderado e elevado níveis de autoeficácia. Diante dessa classificação, foi possível realizar associação entre os escores obtidos pelas gestantes e a prevenção de complicações das SHG, além de identificar ações que possam ser realizadas pelos enfermeiros para o aumento da autoeficácia das gestantes.

Dessa forma, a respeito da normatização dos resultados da EASHG, em cada item avaliado, a gestante recebe uma pontuação variável de 1 a 3 pontos de acordo com o grau de concordância. Assim, os escores totais da EASHG variam de 17 a 51 pontos, considerando que a escala na sua versão final é composta por 17 itens.

As gestantes com maior pontuação possuem elevada autoeficácia, ou seja, são aquelas que têm maior confiança na sua habilidade para prevenir complicações nas síndromes hipertensivas.

Para realização da normatização dos escores da EASHG, adotou-se o rigor estatístico por meio de *quartis*. Assim, foi possível identificar que 25% das gestantes possuíam somatório na EASHG menor ou igual a 31, enquanto que 50% das gestantes obtiveram escores de 32 a 37 e as demais possuíam escores de 38 a 47. Assim, a normatização/padronização da presente escala encontra-se evidenciada no Quadro 13.

QUADRO 18 - NORMATIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE AUTOEFICÁCIA, DE ACORDO COM OS VALORES OBTIDOS PELAS GESTANTES NA EASHG. CURITIBA/PR, 2019.

Valores obtidos na EASHG	Níveis de Autoeficácia
≤ 31	Baixa
32-37	Moderada
≥ 38	Elevada

Fonte: A Autora (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez diagnosticada a hipertensão durante a gestação, torna-se necessário que a gestante possa ter conhecimento de que determinadas atitudes podem prevenir as complicações das SHG. Contudo, apenas o conhecimento não garante que ela se sinta capaz de incorporar essas práticas em seu cotidiano. Nessa base, é afirmada a necessidade de que os profissionais de saúde utilizem a autoeficácia como estratégia na prevenção de complicações das Síndromes Hipertensivas da Gravidez.

A construção e a validação da EASHG foram realizadas conforme a teoria metodológica recomendada, resultando em um instrumento com conteúdo válido e fidedigno e que pode ser aplicado às mulheres com diagnóstico de SHG. Como resultado, obtém-se a identificação do nível de autoeficácia de cada gestante para prevenção de complicações das SHG.

O profissional da saúde poderá utilizar a EASHG como ferramenta durante a assistência prestada à gestante com SHG, nos diversos níveis de atenção, considerando ser de rápida aplicação (cerca de cinco minutos), de baixo custo e que possibilitará a identificação do nível de autoeficácia da gestante em prevenir as complicações das síndromes hipertensivas. Como consequência, poder-se-á intervir de maneira individualizada e direcionada às necessidades de cada gestante.

Tanto o conhecimento profissional atualizado quanto o manejo dos medicamentos indicados para os quadros de SHG, que estejam isolados ou associados, não dão garantia à promoção da saúde, na perspectiva da individualidade e do respeito à cultura das gestantes. Assim, mais do que antes, afirma-se que as atividades que promovam o empoderamento e a interlocução das gestantes relativas ao cuidado próprio, poderão causar impacto ao positivo no status de saúde individual e coletivo.

Na presente investigação, os dados foram amplamente analisados por testes estatísticos recomendados, os quais revelaram sua validade, consistência e relevância para a avaliação da autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.

Como limitações da pesquisa, aponta-se a sua circunscrição ao nível terciário de atenção, da qual emerge a recomendação da aplicação da EASHG em

outros níveis de atenção à saúde para que seja ratificada a sua validade e a confiabilidade.

Considerando a comprovada validade do instrumento, este poderá ser aplicado no processo da assistência ao pré-natal de maneira contínua às gestantes, com a utilização da EASHG em intervalos de tempo diferentes para que seja possível monitorar a autoeficácia de cada gestante, utilizando hipóteses pré-formuladas.

Registram-se, por fim, os desafios para futuras pesquisas desenvolverem e ampliarem o conhecimento das categorias encontradas, de maneira que possibilite a implementação de cuidados integrais.

8 REFERÊNCIAS

ALDRIGHI J.D, WALL M.L, SOUZA S.R.R.K, CANCELA F.Z.V. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP** vol.50 no.3 São Paulo May/June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0512.pdf. Acesso em: 10 abr 2019.

ALMEIDA G.B.S; SOUZA M.C.M. O conhecimento da gestante sobre a hipertensão na gravidez. **Rev. APS.** 2016; 19 (3): 396-402. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2558/1016>. Acesso em: 10 abr 2019.

ALVES N.C.C; FEITOSA K.M.A; MENDES M.; CAMINHA M.F.C. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017;38(4):e2017-0042. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0042.pdf> Acesso em: 10 abr 2019.

ALZATE A; HERRERA-MEDINA R; PINEDA L.M. La prevención de la preeclampsia: un estudio de casos y controles anidado em una cohorte. **Colomb. Med.** 2015; 46, 4, 156-61. Disponível em: : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732504/pdf/1657-9534-cm-46-04-00156.pdf> Acesso em 15 jan 2019.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Exercise during pregnancy and the postpartum period. **Clin Obst Gynecol.** 2003;46(2):496-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12808399> Acesso em: 15 jun 2017

ANDERKA M; ROMITTI P.A; SUN L; DRUSCHEL C; CARMICHAEL S; SHAW G. PATTERNS OF TOBACCO EXPOSURE BEFORE AND DURING PREGNANCY. **ACTA OBSTET GYNECOL SCAND.** 2010 ; 89(4): 505–514. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6042858/pdf/nihms977742.pdf>. Acesso em: 20 jan 2019.

ANDERSON, K.O.; DOWDS, B.N.; PELLETZ, R.E.; EDWARDS, W.T.; PEETERSASDOURIAN, C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. **Pain**, v. 63, n. 1, p. 77-84, 1995. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=8577493> . Acesso em: 20 fev. 2019.

ASGHARI, A.; NICHOLAS, M.K. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior – A prospective study. **Pain**, v. 94, n. 1, p. 85-100, 2001. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11576748> . Acesso em 20 fev. 2019.

ATHUKORALA C; RUMBOLD A.R; WILLSON K.J; CROWTHER C.A. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. **BMC Pregnancy Childbirth.** 2010; 10:56. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2949787/pdf/1471-2393-10-56.pdf> Acesso em: 10 fev 2019.

AZEVEDO R.O.; FERREIRA H.C; SILVINO Z.R; CHRISTOVAM B.P. Perfil das gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade: estudo descritivo. **Online braz j nurs** 2017 Jun; 16 (2):218-225. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/320289007> Perfil das gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade estudo descritivo Acesso em 25 jan 2019.

AZZI R.G, VIEIRA D.A. **Crenças de eficácia em contexto educativo**. Casa do Psicólogo. São Paulo. 2014.

AZZI, R.G; POLYDORO, S.A.J. Autoeficácia proposta por Albert Bandura: algumas discussões. In: Azzi, R. G.; Polydoro, S. A. J. (orgs.). **Auto-eficácia em diferentes contextos**. Campinas, Editora Alínea, pp.9-23. 2006

BAKKER R; STEEGERS E.A.P; MACKENBACH J.P; HOFMAN A; JADDOE V.W.V. Maternal smoking and blood pressure in different trimesters of pregnancy: the generation R study. **J Hypertens**. 2010; 28: 2210-2218. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20724938> Acesso em: 10 julh 2019.

BANDURA, A. AZZI, R.G. POLYDORO, S.A.J. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BANDURA, A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In E.A.Locke (Ed). **Handbook of principles of organization behavior**. 2nd ED., p 179-200. Sford, UK: Blackwell. 2009. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2009Locke.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BANDURA, A. **Personal and collective efficacy in human adaptation and change**. VI1, Psychology Press, 1998. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1998Change.pdf>. Acesso em: 20 fev.2017.

BANDURA, A. Self-efficacy. In V.S. Rammachaudran (ED). Encyclopedia of human behavior (vol.4, pp71-81). New York: **Academic Press**. 1994. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>. Acesso em 20 fev. 2017.

BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W.H.Freeman. 1997. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v.84, n.2, p. 191-215, 1977. Disponivel em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>. Acesso em: 20 fev.2017.

BANDURA, A. **The Changing Face of Psychology at the Dawning of a Globalization Era**. Canadian Psychology, 42, 12-24. 2001. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/9c8f/e78150714ad0c9880e6e106452a3ffae8ded.pdf>
Acesso em: 20 fev.2017.

BANDURA, A. The growing primacy of perceived efficacy in human self-development, adaptation and change. In: SALANOVA, M. et al. (Ed.). **Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia**. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L., 2004. p. 33-51.(Collecció Psique, n.8). Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2002NH.pdf>. Acesso em: 20 fev.2017.

BARROS, M; SANTOS, A.C.B. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlates. **Revista Espaço Acadêmico** – n.112, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10818/5961>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BARTLETT, M.S. A note of the multiplying factors for various chi square approximations. **Journal of the Royal Statistical Society (B)**, v.16, p.296-298, 1954. Disponível em: [http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelD=1565554](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelD=1565554) Acesso em: 05 Ago 2019.

BEAZLEY D; AHOKAS R; LIVINSTON J; GRIGGS M; SIBAI B.M. Vitamin C and E supplementation in women at high risk for preeclampsia: a Double-blind, placebo-controlled trial. **Am J Obstet Gynecol**. 2005; 192, 520-1. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(04\)00977-9/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(04)00977-9/pdf) Acesso em: 20 jun 2017.

BECK J.S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

BELLUCCI JUNIOR JA, MATSUDA LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 set-out; 65(5): 751-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BERNAL, H.; FROMAN, R. The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. **Image J. Nurs. Sch.**, v. 19, n. 4, p. 201-3, 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3692524>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BERTANI A.L; GARCIA T; TANNI S.E; GODOY I. Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamento disponíveis. **J Bras Pneumol**. 2015;41(2):175-181.http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n2/pt_1806-3713-jbpneu-41-02-00175.pdf
Acesso em: 20 jul 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 15 mar. 2017.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 20 mar 2017.

BRASIL. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf. Acesso em : 20 jun 2019.

BRASIL, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco: manual técnico**. 5^a ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf Acesso em: 20 jun 2017.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 30 mai. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Brasília; 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 15 abr. 2017.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. N. 1, Volume 43, 2012a. Disponível em: <http://saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43-1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2017.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em: 20 jun 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf Acesso em: 20 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 02 ago. 2017.

BRASIL, Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**; caderno 1 – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: 10 mai 2017.

BURRIS H.H, Rifas-Shiman SL, Huh SY, Kleinman K, Litonjua AA, Oken E, et al. Vitamin D status and hypertensive disorders in pregnancy. **Ann Epidemiol.** 2014 ; 24, 399-403. Disponível em: : [http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797\(14\)00062-3/pdf](http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797(14)00062-3/pdf) Acesso em: 20 jun 2017.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUUL B.J.A; STEEGERS E.A.P; JOGSM A H.W; RIJPKEMA A.L; Eskes T.K.A.B; THOMAS C.M.G, et al. Dietary sodium restriction in the prophylaxis of hypertensive disorders of pregnancy: effects on the intake of other nutrients. **Am J Clin Nutr.** 1995; 62:49-57. Disponível em: <http://ajcn.nutrition.org/content/62/1/49.full.pdf> Acesso em: 20 jul 2019.

CABALLERO D.D, VAILLANT F.V, GUILARTE E.R, VALDÉS R.G. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. **Rev Cubana Obstet Ginecol.** 2011; 37 (4): 448-456. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n4/gin02411.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2017

CABRAL RA, SANTOS BMO, CANO MAT. A experiência de ser mãe pela primeira vez após os 35 anos. **Cinergis, Ano 18 - Volume 18 - Número 4 - Outubro/Dezembro. 2017. Disponível em:** <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/9830> Acesso em: 20 jun 2019.

CARDOSO I.M; DANIEL F; RODRIGUES V; CARVALHEIRO M. Estudo fatorial exploratório das dimensões comportamentais de adesão em pessoas com diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 - Dimensões comportamentais de adesão1. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social** 2017 Vol. 3 (1): 41-52 Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5863824> Acesso em 10 ago 2019.

CARDOSO V.E.P.S; JUNIOR A.J.S; BONATTI A.F; SANTOS G.W.S; RIBEIRO T.A.N.R. A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante. **J. res.: fundam. care. online** 2018. jul./set. 10(3): 856-862. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6252>. Acesso em 20 jul 2019.

CARITIS S; SIBAI B; HAUTH J; LINDHEIMER M.D; KLEBANOF M; THOM E, et al. Low dose aspirin to prevent preeclampsia in women at high risk. **N Engl J Med.** 1998; 11(338): 701-705. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199803123381101>. Acesso em: 20 jun 2017.

CARRARO T.E; RADÜNZ V. Cuidar de si para cuidar do outro. In: Reibnitz KS, Horr L, Souza ML, Spriccigo JS, organizadores. **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: políticas de saúde, educação e enfermagem**. Florianópolis: PEN/UFSC; 2003. v. 2, p.99-111.

CARVALHAES M.A.B.L; MARTINIANO A.C.A; MALA M.B; TAKITO M.Y; BENÍCIO M.H.A. Atividade física em gestantes assistidas na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública** 2013;47(5):958-67. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0958.pdf>. Acesso em: 20 jun 2017.

CARVALHO E.M.P; GÖTTEMS L.B.D; PIRES M.R.G.M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev Esc Enferm USP**. 2015; 49(6): 890-898. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/108367>. Acesso em: 20 out. 2017.

CARVALHO MAB, MELO VH, ZIMMERMANN JB. Resultados perinatais de gestantes com Síndrome Hipertensiva da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais: estudo controlado. **Revista Médica de Minas Gerais** 2008; 18(4): 260-266. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/501> Acesso em 20 out 2017 COSTA A.C.P.J; SOUZA L.M; COSTA D.D; FREITAS L.V; DAMASCENO A.K.C; VIEIRA N.F.C. Maternal mortality in a regional health jurisdiction in the Brazilian state of Maranhão: a retrospective study. **Online braz j nurs**. 2013; 12 (4): 854-61.

CHAPPEL L.C; ENYE S; SEED P; BRILEY A.L; POSTON L, SHENNAN A.H. Adverse perinatal outcomes and risk factors for preeclampsia in women with chronic hypertension – A prospective study. **Hypertension**. 2008; 51:1002-1009. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/content/51/4/1002.long> Acesso em: 20 jun 2019.

CHAVES, A.C.M.C. **A autoeficácia de gestantes e puerperas em amamentar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2014. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/37154> Acesso em: 20 jun 2018.

CORREA C.R.H; BONADIO I.C; TSUNECHIRO M.A. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(6):1293-1300. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a03.pdf>

CORTINA J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, 1993. 78(1), 98-104. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1993-19965-001> Acesso em: 20 jun 2019.

Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4183/html> 53 Acesso em 20 jun 2018.

COSTA E.M; RABELO A.R.M; LIMA J.G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**. 2014; 35(1):81-88. Disponível em: <http://serv->

bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2377/1513. Acesso em: 20 Out. 2017

COSTA L.D; CURA C.C; PERONDI A.R; FRANÇA V.F; BORTOLOTTI D.S.B. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm.** 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08 Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>. Acesso em: 20 jun 2018.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53

DAMÁSIO B.F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, 2012, 11(2), pp. 213-228. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf> Acesso em: 20 jul 2019.

DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self- Efficacy Scale. **Res. Nurs. Health.**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10520192>. Acesso em: 10 ago.2017.

DINI A.P; ALVES D.F.S; OLIVEIRA H.C; GUIRARDELLO E.B. Validade e confiabilidade de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2014;22(4):598-603. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00598.pdf Acesso em 20 jul 2019.

DOMINGUES M.R; BASSANI D.G; SILVA S.G; COLL C.V.N; SILVA B.G.C; HALLAL P.C. Physical activity during pregnancy and maternal-child health (PAMELA): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**. 2015; 16:227. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446829/pdf/13063_2015_Article_749.pdf. Acesso em: 10 ago. 2017.

DOMÍNGUEZ P.R; VILLA A.B; RODRÍGUEZ J.E.D. Uso de la aspirina en la prevención de la preeclampsia. **Rev Cubana Med Gen.** 2001; 17(5): 441-5. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi06501.pdf> Acesso em: 20 jun 2017.

ENGEL M.E; JANEVIC T.M; STEIN C.R; SAVITZ D.A. Maternal smoking, preeclampsia, and infant health outcomes in New York City, 1995-2003. 2008. **Am J Epidemiol.** 2008; 169 (1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720705/pdf/kwn293.pdf> Acesso 10 jul 2019

ESCO K.K; KARANJA N; KING J.C; GILLMAN M.W; LEO M.C; PERRIN N, et al. Efficacy of a group-based dietary intervention for limiting gestational weight gains among obese women: a randomized trial. **Obesity**. 2014; 22(9): 1989-1996. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20831/epdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

FARIA, P. G; AYRES, A; ALVIM, N. A. T. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Acta Scientiarum**.

Maringá, v. 26, n. 2, p. 287-294, 2004. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/244948329> O dialogo com gestantes sobre plantas medicinais contribuicoes para os cuidados basicos de saude -

DOI 104025actascihealthsciv26i21579 Acesso em: 20 jul 2019.

FERESU A.S; WANG Y; DICKINSON S. Relationship between maternal obesity and prenatal, metabolic syndrome, obstetrical and perinatal complications of pregnancy in Indiana, 2008-2010. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2015; 15:266. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4609050/pdf/12884_2015_Article_696.pdf Acesso em: 10 jul 2019.

FERRÃO M.H.L; PEREIRA A.C.L; GERSGORIN H.C.T.S; PAULA T.A.A; CORREA R.R.M; CASTRO E.C.C. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Rev Assoc Med Bras**. 200; 52 (6): 390-4. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n6/a16v52n6.pdf> Acesso em: 20 jun 2019

FERREIRA, A.B.H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

FOUCAULT M. As técnicas de si. Trad. de Wanderson Flor do Nascimento e Karla Neves. Disponível em: Frank J.Floyd; Keith F. Widaman. **Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments**.

Psychological Assessment 1995, Vol. 7, No. 3,286-299 Disponível em: Acesso em:

https://cognitiveenhancement.weebly.com/uploads/1/8/5/1/18518906/as_tcnicas_do_si- michel_foucault.pdf Acesso em 20 jul 2019.

FREIRE R.M.A; LUMINI M.J; MARTINS M.M; MARTINS T; PERES H.H.C. Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2749. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02749.pdf Acesso em: 20 fev 2019.

FREITAS A.L.P; RODRIGUES S.G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. XII SIMPEP - Bauru, SP, Brasil, 7 a 9 de Novembro de 2005. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/236036099> A avaliacao da confiabilidade de questionarios uma analise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach

Acesso em: 15 ago 2019.

IWUALA N.C; ODUM C.U. Risk factors for pré-eclampsia in Lagos, Nigeria. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**. 2005; 45: 278-282. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2005.00411.x/abstract> Acesso em: 20 fev 2019.

GANONG L.H. Integrative reviews 1987;10(1):1-11. Disponível Acesso em: 10 ago. 2017.

of nursing
research.
**Res
Nurs
Health.**

em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>.

GASTAL D.A.; PINHEIRO R.T.; VAZQUEZ D.P. Self-efficacy scale for Brazilians with type 1 diabetes. **Sao Paulo Med. J.**, v. 125, n. 2, p. 96-101, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v125n2/a06v1252.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

SLATIN G.T. A Factor Analytic Comparison of Ecological and Individual Correlations: Some Methodological Implications. **The Sociological Quarterly** Volume15, Issue4. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/4105854?seq=1#page_scan_tab_contents Acesso em: 20 jul 2019.

GIORDANO J.C, PARPINELLI M.A, CECATTI J.G, *et al.* The burden of eclampsia: results from a multicenter study on surveillance of severe maternal morbidity in Brazil. **PLoS One** 2014; 9(05):e97401. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0097401&type=printable>. Acesso em: 10 ago. 2017.

GIURGESCU C, TEMPLIN T. Father involvement and psychological well-being of pregnant women. **MCN Am J Matern Child Nurs**. 2015 ; 40(6): 381–387. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617560/> Acesso em: 05 ago 2019.

GOFFINET F; ABOULKER D; LLADO J.P; BUCOURT M; UZAN M; PAPIERNIK E; BRÉART G. Screening with a uterine Doppler in low risk pregnant women followed by low dose aspirin in women with abnormal results: a multicenter randomized controlled trial. **BJOG**. 2001; 108, 510-518. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2001.00116.x/epdf> Acesso em: 12 jul 2017

GONZÁLEZ A.O; MOYA S.U; MONCALENO I.G.A; PROL M.P.B; GARCÍA M.J,G; SÁNCHEZ L.L. Índice hiperbárico en la prevención primaria de las complicaciones hipertensivas del embarazo de alto riesgo. **Nefrologia**. 2015; 35 (6): 572-577. Disponível em: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-ndice-hiperbarico-prevencion-primaria-las-complicaciones-hipertensivas-del-embarazo-alto-S021169951500168X> Acesso em: 05 mai 2017

GONZÁLEZ J.A.S; DELGADO M.R.C; MACHADO M.G; GUTIÉRREZ C.A.C; GONZÁLEZ V.C; ROYELO L.R. Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia-eclampsia. **Rev Cubana Obstet Ginecol**. 2012; 38 (3): 305-312. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/qin/vol38_3_12/qin03312.htm Acesso em: 05 mai 2017.

GRAZULEVICIENE R; DEDELE A; DANILEVICIUTE A; VENCLOVIENE J; GRAZULEVICIUS T; ANDRUSAITYTE S; UZDANAVICIUTE L; NIEUWENHUIJSEN M.J. The influence of proximity to city parks on blood pressure in early pregnancy. **Int J Environ Res Public Health**. 2014; 11:2958-2972. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987015/pdf/ijerph-11-02958.pdf> Acesso em: 20 jul 2017.

HAIR J.F. **Análise multivariada de dados** [recurso eletrônico] 6. ed. Porto Alegre : Bookman, 2009. https://kupdf.net/download/hair-j-f-an-aacute-lise-multivariada-de-dados-6-ordf-edi-ccedil-atilde-opdf_5908f0cddc0d606a31959e82_pdf Acesso em: 22 ago 2019.

HAUTH J.C; GOLDENBERG R.L; PARKER C.R; PHILIPS J.B; COPPER R.L; DUBARD M.B; CUTTER G.R. Low-dose aspirin to prevent preeclampsia. **Am J Obstet Gynecol.** 1993; 168(4):1082-1093. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/0002-9378\(93\)90351-l/pdf](http://www.ajog.org/article/0002-9378(93)90351-l/pdf) Acesso em: 05 jul 2017.

KAISER H.F. An index of factorial simplicity. *Psychometrika* - vol. 39, n. 1 march, 1974. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02291575> Acesso em: 15 jul 2019.

HERMIDA R.C; AYALA D.E; IGLESIAS M; MOJÓN A; SILVA I; UCIEDA R; FERNÁNDEZ J.RI. Time-dependent effects of low-dose aspirin administration on blood pressure in pregnant women. **Hypertension.** 1997; 30: 589-595. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/content/30/3/589.long> Acesso em: 20 jun 2017.

HERMIDA R.C; AYALA D.E; IGLESIAS M. Administration time-dependent influence of aspirin on blood pressure in pregnant women. **Hypertension.** 2003; 41 part 2: 651-656. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/content/34/4/1016.long> Acesso em: 20 jun 2017

HERREA J.A; ARÉVALO-HERRERA M; VILLEGAS A.B; HERRERA S; VILLALBA M; BROMET A. Suplementación oral de cálcio en adolescentes embarazadas. **Colomb. Med.** 2006; 37(2): Supl 1. Disponível em: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/432/1068> Acesso em: 20 jun 2017.

HERRERA J; HERRERA-MIRANDA R; HERRERA-ESCOBAR JP; NIETO-DIAZ A. Reduction of maternal mortality due to preeclampsia in Colombia-an interrupted time-series analysis. **Colomb Med.** 2014; 45(1): 25-31. Disponível em: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1466/2227> Acesso em: 20 jun 2017.

HILLER J.E; CROWTHER C.A; MOORE V.A; WILLSON K; ROBINSON J.S. Calcium supplementation in pregnancy and its impact on blood pressure in children and women. **Aust N Z J Obstet Gynaecol.** 2007; 47: 115-121. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2007.00696.x/pdf> Acesso em: 20 jun 2017.

HOLANDA S.M; CASTRO R.C.M.B; AQUIN P.S; PINHEIRO A.K.B; LOPES L.G; MARTINS E.S. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto Contexto Enferm,** 2018; 27(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3800016.pdf> Acesso em: 17 jul 2017

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Resultados gerais da amostra.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010

INCA. Uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisa e ações recomendadas para legisladores. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161991/9789241508469-por.pdf?sequence=5>. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. 49 p.: il. Color. Acesso em: 17 jun 2019.

JANTSCH P.F; CARRENO I; POZZOBON A; ADAMI F.S, LEAL C.S; MATHIAS T.C.S; LUDWING A.S; BERGO P.H.F. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1534/1219> Acesso em: 22 jun 2018.

JEYABALAN A; POWERS R.W; CLIFTON R.G; DORSTEN P.V; HAUTH J.C; KLEBANOFF M.A; LINDHEIMER M.D; SIBAI B; LANDON M; MODOVNIK M; SHRIVER E.K. Effect of smoking on circulating angiogenic factors in high risk pregnancies. **PLoS ONE**. 2010; 5(10): e13270. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2953508/pdf/pone.0013270.pdf> Acesso em: 22 jun 2019.

JIMÉNEZ OJS, MEIJA JCG. Prevención de la hipertensión inducida por el embarazo con dosis bajas de aspirina, Medellín. 1990-1991. **Rev CES Med**. 1992; 16 (1): 9-20. Disponível em: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2352/1636> Acesso em: 05 jun 2018.

JOVENTIVO, E.S; ORIÁ, M.O. B.; SAWADA, N. O.; XIMENES, L.B. Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 21(1): jan.-fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a12.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

KIONDO P; WMUYU-MAINA G; WANDABWA J; BIMENYA G; TUMWESIGYE N.M; OKONG P. The effects of vitamin C supplementation on pre-eclampsia in Mulago Hospital, Kampala, Uganda: a randomized placebo controlled clinical trial. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2014; 14: 283. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150937/pdf/12884_2013_Article_1159.pdf Acesso em: 12 jun 2017

KOH H; TANIMURA K; NAKASHIMA Y; MARUO M; SAKAI K; UEDA Y; YAMADA H. Changes in gestational weight gain and birth weight in women who delivered at Hyogo Prefectural Kaibara Hospital in Tamba, Japan during 27 years. **Kobe J Med Sci**. 2015; 61(3): E82-E88. Disponível em: <http://www.lib.kobe-u.ac.jp/repository/81009160.pdf> Acesso em 15 jun 2017.

LANGE T.E; BUDDE M.P; HEARD A.R; TUCKER G; KENNARE R; DEKKER G.A. Avoidable risk factors in perinatal deaths: A perinatal audit in South Australia. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**. 2008; 48: 50-57. Disponível em: Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2007.00801.x/pdf> Acesso em: 15 jun 2017.

LANTING C.I.; VAN DOMMELEN P; BRUIN K.M.P; GRAVENHORST J.B; WOUWE J.P. Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the netherlands. *bmc public health*. 2015; 15: 723. disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4517493/pdf/12889_2015_article_2070.pdf acesso em: 15 jun 2017.

LEVINE R.J; HAUTH J.C; CURET L.B; SIBAI B.M; CATALANO P.M; MORRIS C.D; DerSimonian R; ESTERLITZ J.R; RAYMOND E.G; BILD D.E; CLEMENS J.D; CUTLER JA. Trial of calcium to prevent preeclampsia. **NEJM**. 1997; 337, 2: 69-76. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199707103370201> Acesso em: 15 jun 2017.

LI Z.Y.R; ZHANG L; LI H; LIU J; REN A. Folic Acid Supplementation During Early Pregnancy and the Risk of Gestational Hypertension and Preeclampsia. **Hypertension**. 2013; 61:873-879. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/content/61/4/873.long> Acesso em: 15 jun 2017.

LINHARES J.J; MACEDO N.M.Q; ARRUDA G.M; VASCONCELOS J.L.M; SARAIVAIA T.V; RIBEIRO A.F. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; 36(6):259-63. <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00259.pdf> Acesso em: 05 mai 2019.

LOPES C.M.M; HAAS V.J; DANTAS R.A.S; OLIVEIRA C.G; GALVÃO C.M. Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24:e2704. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>. Acesso em: 25 dez. 2017

LORIG K; CHASTAIN R.L; UNG E; SHOOR S; HOLMAN H.R. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. **Arthritis Rheum.**, v. 2, n. 1, p. 37-44, 1989. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2912463>. Acesso em: 15 ago. 2017

MAHDY Z.A; SIRAJ H.H; KAZA'A.I H; MUTALIB M.A.S; AZWAR M.H; WAHAB M.A; DALI A.Z; JAAFAR R; ISMAIL N.A.; JAMIL M.A; ADEEB N. Does palm oil vitamin E reduce the risk of pregnancy induced hypertension? **Acta Medica**. 2013; 56 (3): 104-109. Disponível em: https://actamedica.lfhk.cuni.cz/media/pdf/am_2013056030104.pdf Acesso em: 15 jun 2017.

MARQUES B; PALHA F; MOREIRA E; VALENTE S; ABRANTES M; SALDANHA J. Ser Mãe Depois dos 35 Anos: Será Diferente? **Acta Med Port** 2017 Sep;30(9):615-622 Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/8319/5149> Acesso em: 10 jun 2019

MARTINS A.B.T; SANTOS Z.M.S.A; JUNIOR G.B.S; FILHO G.F.P.L; SAINTRAIN M.V.L; CALDAS J.M.P; ANDRADE I.R.C; PALACIO J.S.F. Adesão da gestante ao exercício físico para a prevenção e/ou controle do risco da síndrome hipertensiva.

Rev Bras Promoç Saúde. Fortaleza, 29(Supl): 25-35, dez., 2016. <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6383/5208>. Acesso em: 15 jun 2017.

MARTINS M, MONTICELLI M, DIEHL E. Significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Out-Dez; 23(4): 1004-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01004.pdf. Acesso em: 15 ago. 2017.

McCARTHY E.A; WALKER S.P; UGONI A; LAPPAS M; LEONG O; SHUB A. Self-weighting and simple dietary advice for overweight and obese pregnant women to reduce obstetric complications without impact on quality of life: a randomised controlled trial. **BJOG**. 2016; 123:965–973. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13919/epdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MCGILL H.R; HEWISON J; HIRST J; DOWSWELL T; HOLT A; BRUNSKILL P; THORNTON J.G. Antenatal home blood pressure monitoring: a pilot randomised controlled trial. **BJOG** 2000; 107(2), 217-221. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11692.x/epdf> Acesso em: 15 ago. 2017.

McGIVERON A, FOSTER S, PEARCE J, TAYLOR MA, McMULLEN S, LANGLEY-EVANS SC. Limiting antenatal weight gain improves maternal health outcomes in severely obese pregnant women: findings of a pragmatic evaluation of a midwife-led intervention. **J Hum Nutr Diet**. 2015; Suppl. 1, 29–37. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.12240/abstract>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MENDES K.D.S; SILVEIRA R.C.C.P; GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2008;17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf> Acesso em: 20 ago. 2017.

MINGOTTI S.A. *Análise de Dados Através de Métodos de Estatística Multivariada: Uma Abordagem Aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005

MOCHHOURY L; RAZINE R; KASOUATI J; KABIRI M; BARKAT A. Body mass index, gestational weight gain, and obstetric complications in moroccan population. **J Nutr Metab**. 2013; Article ID 379461, 6 pages. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2013/379461/>. Acesso em: 15 ago. 2017

MOHER D; LIBERATI A; TETZLAFF J; ALTMAN DG. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med** 6(7): e1000097. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MOORE G.S; ALLSHOUSE A.A; POST A.L; GALAN H.L; HEYBORNE K.D. Early initiation of low-dose aspirin for reduction in preeclampsia risk in high-risk women: a secondary analysis of the MFMU High-Risk Aspirin Study. **J Perinatol**. 2015; 35(5):

328–331. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838902/pdf/nihms777676.pdf>
 Acesso em: 15 jun 2017.

MORAIS F.M; NOVAES J.M; SILVEIRA M.C.A; ARAUJO MJAR S.M; GONTIJO L.S. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. **Revista EIXO**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 69-82, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/viewFile/103/51>. Acesso em: 10 ago. 2017

MORSE M.L; FONSECA S.C; BARBOSA M.D; CALIL M.B; EYER F.P.C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(4):623-638, abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MOYER C, LIVINGSTON J, FANG X, MAY L.E. Influence of exercise mode on pregnancy outcomes: ENHANCED by Mom Project. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 2015; 15:133. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4460928/pdf/12884_2015_Article_556.pdf. Acesso em: 20 ago; 2017.

MUKTABHANT B; LAWRIE T.A; LUMBIGANON P; LAOPAIBOON M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; Issue 6. Art. No.: CD007145. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007145.pub3/full> Acesso em: 20 ago; 2017.

NEISSE A. C.; HONGYU K. Aplicação de Componentes Principais e Análise Fatorial a Dados Criminais de 26 Estados dos Eua. **Engineering and Science** 2016, 5:2. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/eng/article/view/4354> Acesso em: 20 jan 2019.

NITERT M.D; FOXCROFT K.F; LUST K; FAGERMO N; LAWLOR D.A; O'Callaghan M, et al. Overweight and obesity knowledge prior to pregnancy: a survey study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2011; 11:96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3240826/pdf/1471-2393-11-96.pdf> Acesso em: 15 jun 2017

NOVO, J.L.V.G.; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclampsia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.10, n.2, p.209-217, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n2/a08v10n2.pdf> Acesso em. 23.07.2016. Acesso em: 15 jul. 2017.

ODIBO A.O; GOETZINGER K.R; ODIBO L; TUULI M.G. Early prediction and aspirin for prevention of pré-eclampsia (EPAPP) study: a randomized controlled trial. **Ultrasound Obstet Gynecol.** 2015; 46: 414-418. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.14889/epdf>. Acesso em: 15 jul 2017

OKEN E; NING Y, IFAS-SHIMAN S.L; RICH-EDWARDS J.W; OLSEN S.F; GILLMAN M.W. Diet during pregnancy and risk of preeclampsia or gestational hypertension.

Ann Epidemiol. 2007; 17: 663-668. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2532559/pdf/nihms-47856.pdf> Acesso em: 15 jul 2017.

OLIVEIRA A.C.M; GRACILIANO N.G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 2015.

24 (3):441-451, jul-set. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

OLIVEIRA C.A; LINS C.P; SÁ R.A.M; NETTO H.C; BORNIA R.G; SILVA N.R; JUNIOR J.A. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 6 (1): 93-98, jan. / mar., 2006. <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a11v6n1.pdf>. Acesso em 05 mai 2019.

OLIVEIRA M.A.C; PEREIRA I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** 2013; 66(esp):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

OLSEN S.F; SECHER N.J; TABOR A; WEBER T; WALKER J.J; GLUUD C. Randomized clinical trials of fish oil supplementation in high risk pregnancies. **BJOG.** 2000; 107, 382-395. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2000.tb13235.x/epdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S.(Org.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos. colaboradores:** Anna Edith Bellico da Costa, Fabián Olaz, Fabio Iglesias, Frank Pajares. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 97-114.

PARMAR P.H; GOSAI K.I; DHUDHREJIA K.M; GOSWAMI K.D; PRAJAPATI S.S; PANCHIWALA J.V. Perinatal mortality in hypertensive disorders with pregnancy. **Int J Cur Res Rev.** 2015; 7:20-23. Disponível em: http://ijcrr.com/uploads/661_pdf.pdf Acesso em: 15 jul. 2017.

PASQUALI L.; PRIMI R. Fundamentos da teoria da resposta ao item. Avaliação Psicológica, n.2, p.99-110. 2003.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.** Porto Alegre, Artmed, 2010

PASQUALI, L. Psicometria: **Teoria dos testes na psicologia e na educação.** 5 Edição. Petropolis, RJ. Vozes, 2013.

PATIL V. H; SINGH S. N; MISHRA S; DONAVAN D. T. Efficient theory development and factor retention criteria: Abandon the 'eigenvalue greater than one' criterion. **Journal of Business Research**, 2008; 61(2), 162-170. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014829630700152X> Acesso em: 12 ago 2019.

PERACOLI J.C; PARPINELLI M.A. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2011, 47 (10): 123-38). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27578.pdf> Acesso em: 5 maio 2018

POLIT, D.F.; BECKER, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RUMMEL R.J. Understanding factor analysis. Conflict resolution. Volume XI, number 4. 1967. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002200276701100405> Acesso em: 15 ago 2019.

RAKHSHANI A; NAGARATNA R; MHASKAR R; MHASKAR A; THOMAS A; GUNASHEELA S. The effects of yoga in prevention of pregnancy complications in high-risk pregnancies: a randomized controlled trial. **Prev. Med.** 2012; 55: 333-340. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091-7435\(12\)00330-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091-7435(12)00330-1) Acesso em: 15 jun 2017.

RAMOS J.G.L; SASS N; COSTA S.H.M. Preeclâmpsia. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2017;39:496–512. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v39n9/0100-7203-rbgo-39-09-00496.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017;

REZENDE CL; SOUZA JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicol inf.* vol.16 no.16 São Paulo dez. 2012 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf> Acesso em: 15 jul 2017

ROBALO L; CRUZ E.B; NUNES C. Validação para a população adolescente portuguesa com dor lombar do Modified Hanover Functional Ability Questionnaire. **Rev port saúde pública.** 2016;34(1):61–68 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n1/v34n1a09.pdf> Acesso em: 05 maio 2019.

ROBERTS J.M; MYATT L; SPONG C.Y; THOM EA; HAUTH J.C; LEVENO K.J; et al. Vitaminis C and E to prevent complications of pregnancy. *NEJM.* 2010; 8; 362 (14): 1282-1291. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3039216/pdf/nihms250568.pdf> Acesso em: 15 jul 2017

RUEDA FJM, OTTATI F, PINTO LP, LIMA TH, BUENO JMP. Construção e Validação de uma Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho. **Avaliação Psicológica**, 2013, 12(1), pp. 43-50. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3350/335027504007/>. Acesso em: 20 ago. 2017.

RUMBOLD A.R; CROWTHER C.A; HASLAM R.R; DEKKER G.A; ROBINSON J.S. Vitamins C and E and the risks of preeclampsia and perinatal complications. **NEJM.**

2006; 354;17. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa054186>
Acesso em: 15 jun. 2017

SAFTLAS A.F; TRICHE E.W; BEYDOUN H; BRACKEN MB. Does chocolate intake during pregnancy reduce the risks of preeclampsia and gestational hypertension? **J. Ann Epidemiol.** 2010; 20, 584-591. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2901253/pdf/nihms-209659.pdf>
Acesso em: 15 jun. 2017.

SALOME, G.M.; ESPOSITO, V. H. C.; MORAES, A. L. H. O significado de família para casais homossexuais. **Rev Bras Enferm.** Brasília, vol.60, n.5, pp. 559-563, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a14.pdf> Acesso em: 05 mai 2019.

SAMPAIO A.F.S; ROCHA M.J.F; LEAL E.A.S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol.18 no.3 Recife jul./set. 2018 Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v18n3/pt_1519-3829-rbsmi-18-03-0559.pdf. Acesso em: 10 jun 2019.

SÁNCHEZ Y.T; FERRER R.L; FERRER M.L. Impacto de la creación de un programa de educación para la salud de los trastornos hipertensivos de la gestación. **Rev Cubana Med Gen Integr.** 2009; 25(3):67-75. Disponível em:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi08309.pdf> Acesso em: 15 jun. 2017

SANTANA I.P; SANTOS J.M; COSTA J.R; OLIVEIRA R.R; ORLANDI M.H.F; MATHIAS T.A.F. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm.** 2011; 24 (4): 556-62. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a17v24n4.pdf> Acesso em: 15 jun. 2017

SAVIATO B; KNOBEL R; MORAES C.A; TONON D. Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. **ACM arq. catarin. med.** 2008; 37(4). Disponível em:
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/604.pdf> Acesso em: 15 jun. 2017

SAY L, CHOU D, GEMMILL A, TUNÇALP Ö, MOLLER AB, DANIELS J, GÜLMEZOĞLU AM, TEMMERMAN M, ALKEMA L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health** 2014; 2: e323–33. Disponível em:
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(14\)70227-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(14)70227-X.pdf). Acesso em: 20 ago. 2017.

SCHOENAKER D.A.J.M, SOEDAMAH-MUTHU S.S, CALLAWAY L.K, MISHRA G.D. Prepregnancy dietary patterns and risk of developing hypertensive disorders of pregnancy: results from the Australian Longitudinal study on women's health. **Am J Clin Nutr.** 2015; 102;94-101. Disponível em:
<http://ajcn.nutrition.org/content/102/1/94.full.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SCOARIS R.C.O; PEREIRA A.M.T.B; FILHO O.S. Elaboração e validação de um instrumento de avaliação de atitudes frente ao uso de história da ciência no ensino de ciências. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias** 2009. Vol.8 N°3;

September 1974 Pages 507-520. Disponível em: http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen8/ART8_Vol8_N3.pdf Acesso em: 15 ago 2019

SHERER, M.; MADDUX, J.E. The self-efficacy scale: construction and validation. **Psychological Reports**, v. 51, p. 663-71, 1982. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/259982132_The_SelfEfficacy_Scale_Construction_and_Validation. Acesso em: 15 ago. 2017.

SIBAI M.B; CARITIS S.N; THOM E; KLEBANOFF M; McNELLIS D; ROCCO L; et al. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin in healthy, nulliparous pregnant women. **N Engl J Med**. 1993; 329(17): 1214-1218. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199310213291701> Acesso em: 15 ago. 2017.

SILVA C.A.P; SILVA C.A; ATALLAH N.A; SASS N, MENDES E.T.R; PEIXOTO S. Evaluation of calcium and folic acid supplementation in prenatal care in São Paulo. **São Paulo Med J**. 2010; 128 (6): 324-7. <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v128n6/a03v1286.pdf> Acesso em: 15 ago. 2017

SILVA, M. C. S.; LAUTERT, L. O senso de autoeficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, 44(1), 61-67.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a09v44n1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SOARES V.M.N; SOUZA K.V; FREYGANG T.C; CORREA V, SAITO M.R. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em estado do sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009 [citado 2017 jun. 15]; 31(11):566-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a07.pdf> Acesso em: 15 ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: situações especiais: gravidez. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89: e24-e79. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbook/2005-2009/13-ha.pdf> Acesso em: 15 jun 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95 (1 supl 1):1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 15 ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquiv. Bras. Cardiol*. 2016;107(Supl 3):1-83 Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf Acesso em: 15 jun 2019.

SOUZA EV, TORLONI MR, ATALLAH AN, SANTOS GMS, KULAY L Jr, SASS S. Aspirin plus calcium supplementation to prevent superimposed preeclampsia: a randomized trial. **Braz J Med Biol Res**. 2014; 47(5). Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075311/pdf/1414-431X-bjmbr-47-05-00419.pdf>. Acesso em: 15 jun 2017.

SOUZA V.B, ROECKER S, MARCON S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** 2011 abr/jun;13(2):199-210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>. Acesso em: 22 set. 2017.

SOUZA WPS, MAIA EMC, OLIVEIRA MAM, MORAIS TIS, CARDOSO PS, LIRA ECS, MELO HMA. Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. **Boletim de Psicologia**, 2016, Vol. LXVI, Nº 144: 047-59. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v66n144/v66n144a06.pdf> Acesso em: 15 ago 2019.

SPINNATO J.A; FREIRE S; SILVA J.L.P; RUDGE M.V.C; COSTA S.M; KOCH M.A, et al. Antioxidant supplementation and premature rupture of the membranes: a planned secondary analysis. **Am J Obstet Gynecol**. 2008; 199 (4) 433. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2723730/pdf/nihms72301.pdf> Acesso em: 15 jun 2017.

SPRACKLEN C.N, RYCKMAN K.K, TRICHE E.W, SAFLAS A.F. Physical activity during pregnancy and subsequent risk of preeclampsia and gestational hypertension: a case control study. **Matern Child Health J**. 2016; 20:1193-1202. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-016-1919-y>. Acesso em 23 set. 2017.

SUBTIL D; GOEUSSE P; HOUFFLIN-DEBARGE V; PUECH F; LEQUIEN P; BREART G; et al. Randomised comparison of uterine artery Doppler and aspirin (100 mg) with placebo in nulliparous women: the Essai Régional Aspirine Mère-Enfant study (Part 2). **BJOG**. 2003; 110, 485-491. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-0528.2003.t01-1-02097.x/epdf>

SUBTIL D; GOEUSSE P; PUECH F; LEQUIEN P; BIAUSQUE S; BREART G, et al. Aspirin (100 mg) used for prevention of pre-eclampsia in nulliparous women: the Essai Régional Aspirine Mère-Enfant study (Part 1). **BJOG**. 2003; 110, 475-484. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-0528.2003.02096.x/full> Acesso em: 15 jun 2017.

TABACHNICK, B.G; FIDELL, L.S. Using Multivariate Statistics. 4th Edition, Allyn and Bacon, Boston; 2001. Disponível em: <http://ebook.stkip-pgri-sumbar.ac.id/ebook/komputer-informasi-referensi-umum/6th-edition-using-multivariate-statistics-pearson/download> Acesso em: 15 jun 2019.

TESSEMA G.A; TEKESTE A; AYELE T.A. Preeclampsia and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Dessie referral hospital, Northeast Ethiopia: a hospital-based study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2015; 15:73. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0502-7?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com> Acesso em: 15 jun 2017

THULER A.C.M.C; WALL M.L; SOUZA M.A.R. Caracterização das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e o incentivo à amamentação precoce. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 26:e16936, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16936/26121> Acesso em: 20 jun 2019.

THULER A.C.M.C; WALL M.L; BENEDET D.C.F; SOUZA S.R.R.K; SOUZA M.A.R. Medidas preventivas das síndromes hipertensivas da gravidez na atenção primária. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 12(4):1060-71, abr., 2018 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234605/28678> Acesso em: 20 jun 2019.

VAINIO M, KUJANSUU E, ISO-MUSTAJÄRVI M, MÄENPÄÄ J. Low dose acetylsalicylic acid in prevention of pregnancy-induced hypertension and intrauterine growth retardation in women with bilateral uterine artery notches. **BJOG**. 2002; 109, 161–167. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.01046.x/full>. Acesso em: 15 jun 2017.

VEGA C.E.P; KAHHALE S; ZUGAIB M. Maternal mortality due arterial hypertension in São Paulo city (1995-1999). **Clinics**.2007; 62(6):679-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v62n6/02.pdf> Acesso em: 15 jun 2017.

VETTORE M.V; DIAS M; DOMINGUES R.M.S.M; LEAL M.C. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2011. 27(5):1021-1034. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/19.pdf>. Acesso em: 15 jun 2017.

VICENTE F.R; SANTOS S.M.A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 370-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a13> Acesso em: 20 ago 2019.

VILLA P.M, KAJANTIE E, RÄIKKÖNEN K, PESONEN A.K, HÄMÄLÄINEN E, VAINIO M, *et al*. Aspirin in the prevention of pre-eclampsia in high-risk women: a randomised placebo-controlled PREDO Trial and a meta-analysis of randomised trials. **BJOG**. 2013; 120:64–74. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03493.x/abstract>. Acesso em 15 jul. 2017.

VILLAR J; ABDEL-ALEEM H; MERIALDI M; MATHI M; ALI M.M; ZAVALETA N, *et al*. World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. **Am J Obstet Gynecol**. 2006 [cited 2017 Jun 15]; 194, 639-49. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(06\)00142-6/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(06)00142-6/pdf) Acesso em: 15 jun 2017

VILLAR J; PURWAR M; MERIALDI M; ZAVALETA N; THI NHU NGOC N; ANTHONY J, *et al*. World Health Organization multicenter randomized trial of supplementation with vitamins C and E among pregnant women at high risk for preeclampsia in populations of low nutritional status from developing countries. **BJOG**. 2009; 116:780–788. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02158.x/epdf> Acesso em: 15 jun 2017

WHO. WHO Recommendations on Prenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. 2016. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/ Acesso em: 20 jun 2019.

WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship.2013b. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/ Acesso em: 10 jun 2019.

WHO. World Health Organization **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division.** 2013, Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf. Acesso em: 15 nov. 2017.

WHO. World Health Organization. **Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia.** Geneva: WHO. 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf, Acesso em: 10 nov. 2017.

XU H, PEREZ-CUEVAS R, XIONG X, REYES H, ROY C, JULIEN P, et al. An international trial of antioxidants in the prevention of preeclampsia (INTAPP). **Am J Obstet Gynecol.** 2010; 202:239. E1-10. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00080-3/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00080-3/pdf)

YANG S, ZHANG B, ZHAO J, WANG J, FLICK L, QIAN Z, et al. Progress on the maternal mortality ratio reduction in Wuhan, China in 2001-2012. **PLoS ONE.** 2014; 9: e89510. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0089510&type=printable>. Acesso em: 15 jun 2017.

ZAVORSKY G.S; LONGO LD. Exercise guidelines in pregnancy. **Sports Med.** 2011; 41(5): 345-360. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/51068050> Exercise Guidelines in Pregnancy. Acesso em: 15 jun 2017.

APÊNDICE 1 - MATRIZ DE ANÁLISE

Objetivo Geral: Construir escala para mensurar a autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.			
Objetivos Específicos:			
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os itens e dimensões da autoeficácia de gestantes nas síndromes hipertensivas. • Avaliar as propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento. • Descrever as ações para o cuidado em enfermagem às gestantes com síndromes hipertensivas. 			
DIMENSÃO 1: Tratamento Medicamentoso			
Variáveis	Conceitos	Indicadores	Itens
1.1 – Concordância à terapia medicamentosa	<p>1.1 Concordância - sugere que os desejos, os medos, as crenças e as preferências das pessoas sejam levados em consideração na tomada de decisão, sendo imprescindível para que ocorra adesão ao tratamento (BRASIL,2016)</p> <p>1.2 Adesão ao tratamento consiste em seguir as recomendações-tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças de estilo de vida, corresponde a recomendações acordadas por um profissional de saúde. (OMS, 2003)</p>	<p>1.1 As gestantes sabem da importância do uso da medicação e observam horários e doses. Tem conhecimento dos possíveis efeitos adversos e tem acesso a medicação evitando ansiedade. Possui esforço voluntário para seguir o tratamento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizo as medicações prescritas pelo médico no horário e na dose correta. 2. Eu conheço os possíveis efeitos das medicações. 3. Tenho acesso à medicação com facilidade. 4. Tenho certeza que a medicação não faz mal ao meu bebê. 5. Quando tomo metade da medicação eu me sinto bem. 6. Tenho apoio da minha família para tomar a medicação. 7. Tomo a medicação somente quando me sinto mal. 8. Eu esqueço de tomar os medicamentos devido as atividades que realizo. 9. Tomo medicações que meus amigos/vizinhos/parentes indicam. 10. Quando sinto que a pressão está controlada eu não tomo a medicação 11. Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais que o recomendado. 12. Iniciei a medicação logo após a prescrição do médico. 13. Eu esqueço de tomar a medicação, pois demoro pegar/comprar na farmácia.

DIMENSÃO 2: Assistência pré-natal			
Variáveis	Conceitos	Indicadores	Itens
2.1 Assistência pré-natal.	A assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas (BRASIL,2010).	A gestante reconhece a importância da assistência que recebe no pré-natal. Recebe orientações para melhorias necessárias para melhor acompanhamento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compareço em todas as consultas de pré-natal. 2. Tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial. 3. Procuro atendimento quando não estou me sentindo bem. 4. Compareço as consultas nos especialistas. 5. Recebo orientações sobre os riscos da hipertensão. 6. Acompanho o meu peso com a nutricionista. 7. Meu companheiro e meus familiares me ajudam a seguir uma alimentação saudável. 8. Comunico ao médico ou a enfermeira o que estou sentindo 9. Fui orientada quanto as possíveis complicações que poderiam ocorrer na gestação. 10. Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão. 11. Conheço os sinais de alerta da hipertensão na gestação. 12. Desde da primeira consulta, tive o diagnóstico de pressão arterial. 13. Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde.

DIMENSÃO 3: Estilo de Vida			
Variáveis	Conceitos	Indicadores	Itens
3.1 Estilo de Vida	3.1. É o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização (OMS, 2004; 2010).	A gestante sabe da necessidade de manter uma alimentação saudável e atividades físicas regulares para manutenção dos níveis pressóricos, evitando estress.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizo atividades físicas pelo menos 3x por semana. 2. Consigo comer alimentos saudáveis todos os dias. 3. Quando realizo compras, compro alimentos saudáveis. 4. Evito o ganho de peso durante o período gestacional. 5. Antes de engravidar estava no meu peso ideal. 6. Desde que soube que estava grávida comecei a cuidar mais de mim. 7. Tenho apoio do companheiro para o cuidado de mim. 8. Tenho ajuda do meu companheiro nos afazeres domésticos. 9. Consigo manter-me tranquila apesar da hipertensão. 10. Sempre realizo atividades recreativas. 11. Procuo caminhar ao ar livre, para diminuição do estress. 12. Procuo alternativas recreativas para manter-me calma. 13. Procuo realizar atividades que me deixem tranquilas.

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO JUÍZES/ESPECIALISTAS

Responda o formulário abaixo para que possamos lhe conhecer melhor.
Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

1. Idade

2. Quantos anos de formação?

3. Qual a sua maior
titulação? () Especialista

() Mestre

() Doutor

4. A Senhora é:

() Enfermeiro docente que faz pesquisas

() Enfermeiro pesquisador (trabalha especificamente com pesquisas)

() Enfermeiro da prática (trabalha em hospital, maternidade ou Unidade de Saúde)

5. Participa de algum grupo de pesquisa? Se sim, qual a ênfase de pesquisa do grupo?

APÊNDICE 3 – CARTA CONVITE

Cara Colega,

Meu nome é Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler, sou doutoranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e desenvolvo o projeto de pesquisa intitulado “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ” sob orientação da Prof^a. Dr^a. Marilene Loewen Wall.

O processo de validação do instrumento ocorrerá por meio da técnica Delphi (2 rodadas – a distância e por reunião de consenso).

Seu nome foi elencado por ter atuado como docente e/ou preceptor do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha – CEEO/UFPR.

Desta forma, gostaríamos de convidá-lo a participar do processo de validação que terá início em Abril de 2018.

Caso aceite nosso convite, solicitamos que nos envie um e-mail manifestando sua concordância até dia 06/04/2018.

Informamos que ainda, que a reunião de consenso será realizada no dia 13/06/2018 (quarta), às 14h, na Universidade Federal do Paraná - Campus Botânico.

Sua participação é muito valiosa para nós!

Gratas,

Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler e Marilene Loewen Wall

Curitiba, 03 de março de 2018

APÊNDICE 4 – CARTA DE ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DOS INSTRUMENTOS

Cara Colega,

Neste momento estamos iniciando o processo de validação do instrumento “ESCALA AUTOEFICÁCIA DE GESTANTE NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ (EASHG)” que tem como objetivo construir e validar escala para mensurar a autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez e fornecer diretrizes para o enfermeiro no cuidado com esses pacientes.

A validação ocorrerá por meio da Técnica Delphi (em 2 rodadas). Salientamos que a primeira fase (à distância) vai de 10/04 a 20/04/2018.

Em anexo segue os arquivos:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Questionário de Caracterização dos Participantes,
- A Matriz de Análise estruturada em três dimensões, que deu origem às variáveis, aos indicadores e a elaboração dos itens, a partir de uma revisão de literatura realizada em 2017;
- Sinopse sobre autoeficácia para facilitar a compreensão do referencial teórico utilizado;
- Guia para avaliação do instrumento quanto ao critério do item;
- Guia para avaliação do instrumento quanto a autoeficácia.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!

Atenciosamente,

Prof. Dra. Marilene Lowen Wall
Pesquisadora/Orientadora
E-mail: wall@ufpr.br

Dda. Andréa C. de M. Chaves Thuler
Pesquisadora
E-mail: andrea.chaves@ufpr.br

APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCALRECIDO – ESPECIALISTAS/JUÍZES

Nós, Marilene Loewen Wall, Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler e Silvana Regina K. Souza, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a) profissional de saúde, a participar de um estudo intitulado “Escala de autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem, e a sua participação é de fundamental importância.

O objetivo desta pesquisa é construir e validar escala de autoeficácia de gestantes nas complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder três rodadas de questionários, as quais terão duração aproximada de 40 minutos cada, com intervalo de duas semanas. O questionário deverá ser respondido via eletrônica, pelo sistema Google Docs®, por meio da técnica Delphi. Esta técnica envolve a aplicação sucessiva de questionários a um grupo de especialistas visando o consenso das opiniões sobre o objeto de estudo. No intervalo de cada rodada mencionada, serão feitas análises estatísticas das respostas e os resultados serão compilados em um novo questionário, que será distribuído novamente ao grupo até a versão final do questionário.

É possível que o(a) Senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para responder ao questionário.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser dificuldade de compreensão dos instrumentos, da metodologia e manuseio do sistema Google Docs®.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um instrumento válido e confiável que possa identificar a autoeficácia de gestantes com síndromes hipertensivas gestacionais. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

As pesquisadoras Marilene Loewen Wall, Enfermeira Obstétrica, Professora da Universidade Federal do Paraná, Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler, Enfermeira, Doutoranda da Universidade Federal do Paraná e Silvana Regina K. Souza, Enfermeira Obstétrica, Professora da Universidade Federal do Paraná, poderão ser contatadas pelo telefone: (41) 99689 8804, em Curitiba, das 13:30 às 17:00 de 2ª a 6ª feira, pelos e-mails andrea.chaves@ufpr.br e wall@ufpr.br, ou na Avenida Prof. Lothário Meissner, 632 3º andar – Jardim Botânico. CEP: 80210-170 Curitiba-PR, 3361-3772, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Rubricas:

Participante da Pesquisa: _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante de pesquisa
Curitiba, ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o
TCLE Curitiba, ____/____/____

APÊNDICE 6 – SINOPSE SOBRE A TEORIA DE AUTOEFICÁCIA

A autoeficácia tem o propósito de explicar o comportamento humano, a manutenção e extinção de comportamentos. A motivação está diretamente relacionada com as atitudes de comportamento e pode ser definida como a avaliação que o indivíduo faz de sua habilidade para realizar uma atividade dentro de certo domínio (BANDURA, 1977; BANDURA; POLYDORO, 2008).

Desta forma, a autoeficácia determina como os indivíduos pensam, se sentem, se motivam e se comportam para planejar e executar ações em situações de desafio e o quanto estão determinados a se dedicar a uma atividade, quanto tempo perseverarão frente às dificuldades e o quanto serão resilientes em superar obstáculos (BANDURA; POLYDORO, 2008).

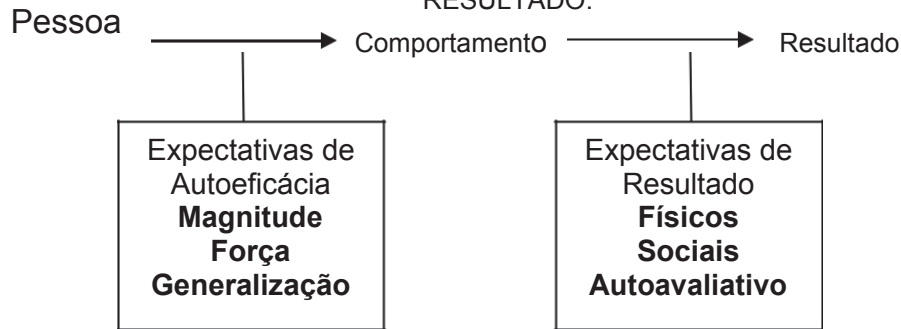
Os indivíduos que têm uma autoeficácia percebida elevada escolhem resolver o problema com estratégias que melhoram seu trabalho; já os que têm uma baixa eficácia percebida, acreditam que pouco podem fazer para alterar a situação em que se encontram.

Segundo Bandura (1977) o principal pressuposto da teoria de autoeficácia é que os procedimentos psicológicos servem de meio para criar e fortalecer as expectativas de eficácia pessoal. Assim as expectativas de eficácia são diferentes das expectativas de repostas.

Uma expectativa de resultado é definida como estimativa de uma pessoa que um determinado comportamento levará a determinados resultados. Uma expectativa de eficácia é a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados.

As crenças de autoeficácia influenciam vários aspectos da vida independentemente da forma como as pessoas pensam, seja ela de forma positiva ou de negativa. Desde modo, as crenças de autoeficácia podem variar quanto a sua magnitude (grau de dificuldade e complexidade visto como possível de ser enfrentado), força (grau de segurança da pessoa para realizar a tarefa) e generalidade (nível de generalização dessas crenças de eficácia pessoal para outro contexto), conforme podemos observar na Figura 1.

FIGURA 1 - RELAÇÃO ENTRE EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA E EXPECTATIVA DE RESULTADO.



FONTE: Bandura (1977)

A magnitude envolve diferentes níveis de dificuldades próprias da atividade. A força refere-se ao nível de intensidade da crença do indivíduo diante de diferentes aspectos e a generalidade trata da amplitude das crenças de autoeficácia (BANDURA, 1977).

A força e a generalização estão fundamentadas em quatro fontes de informações: (BANDURA 1977).

- Experiência direta é considerada como a mais influente, pois se baseia em experiências de domínio pessoal, ou seja, a avaliação que as pessoas fazem do resultado do seu desempenho. Desta forma o sujeito tem relação direta com suas capacidades, fortalecendo ou enfraquecendo-os. As expectativas de eficácia são desenvolvidas através do sucesso em determinada atividade, quando ocorrem repetidos fracassos, tendem a reduzi-los, especialmente se as dificuldades ocorrerem no início do curso dos acontecimentos, mas quando ocorrem falhas ocasionais que são vencidos pelo esforço, as pessoas tendem a ter mais persistência (BANDURA, 1977). Assim, em relação ao objeto de estudo, acredita-se que a gestante que possui noções de medidas preventivas para evitar complicações nas síndromes hipertensivas, ao praticá-las em seu cotidiano e perceber a melhoria da sua saúde, tende a elevar a sua autoeficácia e, conseqüentemente, manter tais comportamentos.

- Experiência vicária também conhecida como observacional, pode ser induzida pela comparação social tornam-se mais fracas e vulneráveis, se utilizadas de forma isolada, mas pessoas ao observar experiências exitosas tendem a intensificar e persistir em seus esforços, convencendo-os de que são capazes de ter sucesso como os outros possuem (BANDURA, 1977). No contexto da autoeficácia na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas, a gestante poderá

utilizar como modelo, mulheres que tiveram sucesso com as atitudes preventivas e assim poderá obter o mesmo sucesso.

- Persuasão verbal está diretamente ligada ao comportamento verbal e é amplamente utilizada, pois as pessoas são levadas, através da sugestão, em acreditar que elas podem alcançar o sucesso, mesmo que tenham apresentado dificuldades no passado (BANDURA, 1977). Em relação às síndromes hipertensivas, os enfermeiros, além de explicar as medidas preventivas, devem realizar estratégias que incentivem as gestantes a sentirem capazes de prevenir as complicações das síndromes hipertensivas.

- Estado físico e emocional, ou seja, os estados de humor, podendo alterar pensamentos negativos em pensamentos positivos. No presente estudo, pressupõe-se que as gestantes, ao adquirirem autoeficácia, passam a se sentir capazes de evitar complicações nas síndromes hipertensivas e assim reduzindo os níveis de estresses e emotivos, corroborando para os resultados desejados.

Bandura (1977) define autoeficácia como “as crenças que a pessoa tem acerca de sua capacidade para organizar e executar cursos de ação requeridos para alcançar determinados tipos de desempenho” (p.3). As crenças de autoeficácia oferecem as bases para a motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais, estando diretamente ligadas ao funcionamento das capacidades humanas. Essas crenças são desenvolvidas no decorrer da vida e são influenciadas por aspectos pessoais comportamentais e ambientais que são bases para motivação humana.

Entretanto, a existência da crença de autoeficácia não assegura o sucesso da realização quando não existe conhecimento e/ou habilidade, pois tão importante quanto identificar a de informação é compreender como os indivíduos avaliam essa informação para o estabelecimento das crenças e assim, identificar como elas influenciam as pessoas, se pensam de forma otimista ou pessimista; quais os caminhos de ação elas escolhem; os objetivos e tarefas que estabelecem para si; quanto esforço elas colocam e os resultados que elas esperam de seus esforços (BANDURA; POLYDORO, 2008). Assim, a autoeficácia de uma pessoa demonstra um comportamento motivacional que fortalece a percepção pessoal de competência, objetivos, expectativas de resultado e oportunidades (BANDURA, 1994; 2009).

Referências

Azzi RG, Vieira DA. **Crenças de eficácia em contexto educativo**. Casa do Psicólogo. São Paulo. 2014.

AZZI, R.G; POLYDORO, S.A.J. Autoeficácia proposta por Albert Bandura: algumas discussões. In: Azzi, R. G.; Polydoro, S. A. J. (orgs.). **Auto-eficácia em diferentes contextos**. Campinas, Editora Alínea, pp.9-23. 2006

BANDURA, A. AZZI, R.G. POLYDORO, S.A.J. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BANDURA, A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In E.A.Locke (Ed). **Handbook of principles of organization behavior**. 2nd ED., p 179-200. Sford, UK: Blackwell. 2009

BANDURA, A. Self-efficacy. In V.S. Rammachaudran (ED). Encyclopedia of human behavior (vol.4, pp71-81). New York: Academic Press. 1994

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v.84, n.2, p. 191-215, 1977

APÊNDICE 7 – GUIA PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO AO CRITÉRIO DO ITEM

Cara Colega,

Para o preenchimento correto dos campos de avaliação do “Instrumento de Análise da ESCALA AUTOEFICÁCIA DE GESTANTE NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ (EASHG)” relacionados aos critérios de itens, seguem algumas orientações:

a- Responder o questionário individualmente;
 b- Para a avaliação dos itens serão utilizados atributos que têm a finalidade de acrescentar um sentido de qualidade em cada item. Para definir o significado e o sentido de cada atributo, foram adotados conceitos conforme abaixo:

Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou constructo. O item deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ele vá e faça.

Critério de objetividade: deve poder concordar ou discordar ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência. Não existem nesse caso respostas certas ou erradas; existem sim diferentes gostos, preferências, sentimentos e modos de ser.

Critério de simplicidade: um item deve expressar uma única ideia.

Critério de clareza: o item deve ser inteligível até para o extrato mais baixo da população meta; daí utilizar frases curtas com expressões simples e inequívocas.

Critério de relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com outras frases que cobrem o mesmo atributo.

Critério de variedade:

I – variar a linguagem: uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e provoca monotonia, cansaço e aborrecimento.

II – no caso de escalas preferenciais: formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis, para evitar erro de resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala de resposta

Ainda quanto à avaliação dos itens, será utilizada uma escala psicométrica que terá como objetivo atribuir valores numéricos aos itens, conforme se segue abaixo:

- (1) – Não Representativo
- (2) – Item precisa de grande revisão para ser representativo
- (3) – Representativo, mas precisa de revisão mínima.
- (4) – Item representativo

Em caso de dúvida favor contatar os pesquisadores:

Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler
 E-mail: andrea.chaves@ufpr.br
 Fone: (41) 99689 8804

Dra. Marilene Loewen Wall
 E-mail: wall@ufpr.br

APÊNDICE 8 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO AOS CRITÉRIOS DOS ITENS

Nessa etapa os itens serão avaliados de acordo com os critérios de construção do item. Para cada um dos itens propostos para a escala responda as perguntas. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente.

Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

Coloque o número no espaço de cada CRITÉRIO:

- (1) – Não Representativo.
- (2) – Item precisa de grande revisão para ser representativo.
- (3) – Representativo, mas precisa de revisão mínima.
- (4) – Item representativo.

Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou constructo. O item deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ele vá e faça.

Critério de objetividade: deve poder concordar ou discordar ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência. Não existem nesse caso respostas certas ou erradas; existem sim diferentes gostos, preferências, sentimentos e modos de ser.

Critério de simplicidade: um item deve expressar uma única ideia.

Critério de clareza: o item deve ser inteligível até para o extrato mais baixo da população meta; daí utilizar frases curtas com expressões simples e inequívocas.

Critério de relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com outras frases que cobrem o mesmo atributo.

I – variar a linguagem: uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e provoca monotonia, cansaço e aborrecimento.

II – no caso de escalas preferenciais: formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis, para evitar erro de resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala de resposta.

ITENS		CRITÉRIOS	Nº	SUGESTÃO PARA MELHORIA
1	Utilizo as medicações prescritas pelo médico no horário e na dose correta.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
2	Tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		

ITENS		CRITÉRIOS	N°	SUGESTÃO PARA MELHORIA
3	Compareço as consultas com os especialistas (nutricionista, ambulatório de alto risco).	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
4	Tomo medicações que meus amigos/vizinhos/parentes indicam	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
5	Meu companheiro e meus familiares me ajudam a seguir uma alimentação saudável.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
6	Desde que soube que estava grávida comecei a cuidar mais de mim.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
7	Fui orientada quanto as possíveis complicações que poderiam ocorrer na gestação.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
8	Eu conheço os possíveis efeitos das medicações	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
9	Procuro atendimento quando não estou me sentindo bem.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		

ITENS		CRITÉRIOS	N°	SUGESTÃO PARA MELHORIA
10	Comunico ao médico ou à enfermeira quando sinto algo de diferente.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
11	Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais do que o prescrito.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
12	Recebo orientações sobre os riscos da hipertensão	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
13	Antes de engravidar estava no meu peso ideal.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
14	Tenho acesso à medicação com facilidade.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
15	Acompanho o meu peso corporal.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
16	Tomo medicação, pois sei que não faz mal ao meu bebê.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		

ITENS		CRITÉRIOS	N°	SUGESTÃO PARA MELHORIA
17	Tenho apoio do companheiro para o cuidado de mim.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
18	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
19	Quando tomo metade da medicação eu me sinto bem.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
20	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
21	Tenho apoio da minha família para tomar a medicação.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
22	Conheço os sinais de alerta da hipertensão na gestação.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
23	Tomo a medicação somente quando me sinto mal.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		

ITENS		CRITÉRIOS	N°	SUGESTÃO PARA MELHORIA
24	Na primeira consulta já recebi o diagnóstico de hipertensão arterial.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
25	Tenho ajuda do meu companheiro nos afazeres domésticos.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
26	Eu esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
27	Realizo atividades físicas pelo menos 3x por semana.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
28	Deixo de tomar a medicação quando sinto que a pressão está controlada.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
29	Consigo comer alimentos saudáveis todos os dias.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
30	Procuro realizar atividades que me deixem tranquilas.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		

ITENS		CRITÉRIOS	N°	SUGESTÃO PARA MELHORIA
31	Iniciei a medicação logo após a prescrição do médico.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
32	Evito o ganho de peso durante o período gestacional.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
33	Procuro caminhar ao ar livre para diminuir o estresse/ansiedade.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
34	Não tomo a medicação corretamente pois demoro a pegar/comprar na farmácia.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
35	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
36	Realizo atividades recreativas.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
37	Procuro alternativas recreativas para manter-me calma.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		

ITENS		CRITÉRIOS	N°	SUGESTÃO PARA MELHORIA
38	Consigo manter-me tranquila apesar da hipertensão.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		
39	Compareço em todas as consultas de pré-natal.	Comportamental		
		Objetividade		
		Simplicidade		
		Clareza		
		Relevância		
		Variedade		

Você gostaria de sugerir a INCLUSÃO de alguma pergunta que você julga necessária?

Você gostaria de sugerir a EXCLUSÃO de alguma pergunta que você não julga necessária?

Você gostaria de sugerir a MODIFICAÇÃO de alguma pergunta?

Você teria alguma outra consideração, sugestão ou crítica?

APÊNDICE 9 – INSTRUMENTO GUIA PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO A AUTOEFICÁCIA

Cara colega,

Para o preenchimento correto dos campos de avaliação do “Instrumento de Análise da ESCALA AUTOEFICÁCIA DE GESTANTE NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ (EASHG)” relacionados à Autoeficácia, seguem algumas orientações:

a- Responder o questionário individualmente;

b-Leitura da Sinopse sobre Autoeficácia para que possa melhor compreender o referencial teórico utilizado nesse estudo;

c-Comentários e sugestões sobre os domínios, as fontes e itens da escala, podem ser realizadas sugerindo a inclusão, exclusão ou modificação de qualquer item que achar pertinente.

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o (a) senhor (a) devolva os questionários dentro do prazo de 10 dias.

Desde já, agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Em caso de dúvida favor contatar os pesquisadores:

Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler

E-mail: andrea.chaves@ufpr.br

Fone: (41) 99689 8804

Dra. Marilene Loewen Wall

E-mail: wall@ufpr.br

APÊNDICE 10 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO A AUTOEFICÁCIA

	Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
1	Utilizo as medicações prescritas pelo médico no horário e na dose correta	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							
2	Tenho conhecimento dos valores da minha pressão arterial.	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							

	Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
3	Compareço as consultas com os especialistas (nutricionista, ambulatório de alto risco).	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Direta 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							
4	Tomo medicações que meus amigos/vizinhos/parentes indicam.	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							
5	Meu companheiro e meus familiares me ajudam a seguir uma alimentação saudável.	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
6	Desde que soube que estava grávida comecei a cuidar mais de mim.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
7	Fui orientada quanto as possíveis complicações que poderiam ocorrer na gestação.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
8	Eu conheço os possíveis efeitos das medicações.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
9	Procuro atendimento quando não estou me sentindo bem.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
10	Comunico ao médico ou à enfermeira quando sinto algo de diferente.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Direta 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
11	Quando sinto que a pressão está alta tomo um comprimido a mais do que o prescrito.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
12	Recebo orientações sobre os riscos da hipertensão.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
13	Antes de engravidar estava no meu peso ideal.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Vicária 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
14	Tenho acesso à medicação com facilidade.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						

	Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
15	Acompanho o meu peso corporal.	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							
16	Tomo medicação, pois sei que não faz mal ao meu bebê.	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							
17	Tenho apoio do companheiro para o cuidado de mim.	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
18	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Direta 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
19	Quando tomo metade da medicação eu me sinto bem.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
20	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Vicária 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
21	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
Resposta:							
22	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Vicária 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
Resposta:							
23	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
Resposta:							

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
24	Na primeira consulta já recebi o diagnóstico de hipertensão arterial.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
25	Tenho ajuda do meu companheiro nos afazeres domésticos.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
26	Eu esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						

27	<p>Itens da Escala</p> <p>Realizo atividades físicas pelo menos 3x por semana.</p>	<p>Este item lhe parece claro e compreensivo?</p> <p>1. Não 2. Sim</p>	<p>O item se refere ao domínio</p> <p>1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida</p>	<p>Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?</p> <p>1. Não 2. Sim</p>	<p>Quanto à fonte de autoeficácia</p> <p>Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim</p> <p>Se NÃO, em qual fonte você o classifica:</p>	<p>A presença deste item na escala é relevante?</p> <p>1. Não 2. Sim</p>	<p>Qual o grau de relevância desde item?</p> <p>1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante</p>	<p>Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.</p>
28	<p>Resposta:</p> <p>Deixo de tomar a medicação quando sinto que a pressão está controlada.</p>	<p>1. Não 2. Sim</p>	<p>1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida</p>	<p>1. Não 2. Sim</p>	<p>Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim</p> <p>Se NÃO, em qual fonte você o classifica:</p>	<p>1. Não 2. Sim</p>	<p>1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante</p>	
29	<p>Resposta:</p> <p>Consigo comer alimentos saudáveis todos os dias.</p>	<p>1. Não 2. Sim</p>	<p>1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida</p>	<p>1. Não 2. Sim</p>	<p>Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico Emocional 1. Não 2. Sim</p> <p>Se NÃO, em qual fonte você o classifica:</p>	<p>1. Não 2. Sim</p>	<p>1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante</p>	

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
30	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
Resposta:							
31	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
Resposta:							
32	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Vicária 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
Resposta:							

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
33	Procuo caminhar ao ar livre para diminuir o estresse/ansiedade.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
34	Não tomo a medicação corretamente pois demoro a pegar/comprar na farmácia.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
35	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Direta 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						

Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
36	Realizo atividades recreativas.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência Vicária 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
37	Procuro alternativas recreativas para manter-me calma.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						
38	Consigno manter-me tranquila apesar da hipertensão.	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Estado Físico e Emocional 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:						

39	Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item se refere ao domínio	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	Quanto à fonte de autoeficácia	A presença deste item na escala é relevante?	Qual o grau de relevância desde item?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão.
	Compareço em todas as consultas de pré-natal.	1. Não 2. Sim	1. Tratamento Medicamentoso 2. Assistência pré-natal 3. Estilo de Vida	1. Não 2. Sim	Esse item pode ser classificado na fonte: Persuasão Verbal 1. Não 2. Sim Se NÃO, em qual fonte você o classifica:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Relevante 4. Muito Relevante	
	Resposta:							

APÊNDICE 11 – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA QUANTO AOS CRITÉRIOS DOS ITENS E AUTOEFICÁCIA

Para cada um dos itens propostos para a escala responda as perguntas. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente.

Antecipadamente agradeçamos sua contribuição.

Coloque o número no espaço de cada CRITÉRIO:

- (1) – Não Representativo.
- (2) – Item precisa de grande revisão para ser representativo.
- (3) – Representativo, mas precisa de revisão mínima.
- (4) – Item representativo.

Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou constructo. O item deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ele *vá e faça*.

Critério de objetividade: deve poder concordar ou discordar ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência. Não existem nesse caso respostas certas ou erradas; existem sim diferentes gostos, preferências, sentimentos e modos de ser.

Critério de simplicidade: um item deve expressar uma única ideia.

Critério de clareza: o item deve ser inteligível até para o extrato mais baixo da população meta; daí utilizar frases curtas com expressões simples e inequívocas.

Critério de relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com outras frases que cobrem o mesmo atributo.

Critério de variedade:

I – variar a linguagem: uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e provoca monotonia, cansaço e aborrecimento.

II – no caso de escalas preferenciais: formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis, para evitar erro de resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala de resposta.

Após a avaliação dos critérios, avalie os itens de acordo com as fontes de autoeficácia. Use como base a sinopse em anexo.

ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
1	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
2	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
3	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	

ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
4	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
5	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
6	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	

ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
7	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
	8	Comportamental		
Objetividade			Esse item pode ser classificado na fonte:	
Simplicidade			Experiência direta ()	
Clareza			Experiência vicária ()	
Relevância			Persuasão verbal ()	
Variedade			Estado físico e emocional ()	
9		Comportamental		() Não () Sim
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	

	ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
10	Tomo chás que meus amigos/vizinhos e parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		() Não () Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	
11	Antes de engravidar estava acima do meu peso.	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		() Não () Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	
12	Consgo pegar/comprar a medicação com facilidade.	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		() Não () Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	

ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
13	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
14	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
15	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	

ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
16	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
17	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
18	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	

ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
19	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
20	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
21	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	

	ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
22	Realizo atividades físicas pelo menos 3 vezes por semana.	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	
23	Quando a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação.	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	
24	Como alimentos saudáveis em todas as refeições (ex: frutas, verduras e legumes)	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	

ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
25 Procuo realizar atividades que me deixem tranquila.	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
26 Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	
27 Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	

	ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
28	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	
29	Quando realizo compras, escolho alimentos saudáveis como: frutas, verduras e legumes.	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	
30	Consigno ficar tranquila apesar da hipertensão.	Comportamental Objetividade Simplicidade Clareza Relevância Variedade		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Esse item pode ser classificado na fonte: Experiência direta () Experiência vicária () Persuasão verbal () Estado físico e emocional ()	

ITENS	CRITÉRIOS	N°	Esse item associado à autoeficácia da gestante na prevenção das SHG?	SUGESTÃO PARA MELHORIA
31 Compareço em todas as consultas de pré-natal na unidade de saúde.	Comportamental		() Não () Sim	
	Objetividade		Esse item pode ser classificado na fonte:	
	Simplicidade		Experiência direta ()	
	Clareza		Experiência vicária ()	
	Relevância		Persuasão verbal ()	
	Variedade		Estado físico e emocional ()	

Você gostaria de sugerir a **INCLUSÃO** de alguma pergunta que você julga necessária?

Você gostaria de sugerir a **EXCLUSÃO** de alguma pergunta que você não julga necessária?

Você gostaria de sugerir a **MODIFICAÇÃO** de alguma pergunta?

**APÊNDICE 12 – VERSÃO COM 26 ITENS DA ESCALA
AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES NA PREVENÇÃO DE
COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA
GRAVIDEZ (EASHG)**

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você conhece como prevenir as complicações das síndromes hipertensivas da gravidez. Por favor, marque com um X a sua resposta no número mais próximo de como você se sente. Não existe resposta certa ou errada.

	Discordo	Às vezes concordo	Concordo
1 Compareço em todas as consultas de pré-natal na unidade de saúde.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
2 Quando tenho medicação prescrita, tomo na dose e no horário correto.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
3 A cada consulta pergunto sobre os valores da minha pressão arterial.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
4 Compareço as consultas no ambulatório de alto risco.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
5 Tomo medicações que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
6 Meu/minha companheiro (a) e as pessoas com quem convivo me ajudam a seguir uma alimentação com frutas, verduras ou legumes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
7 Fui orientada durante o pré-natal, quanto as possíveis complicações que poderiam ocorrer na minha gestação devido a pressão alta.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
8 Conheço a importância da medicação para controle da minha pressão e a manutenção da minha saúde e do bebê.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
9 Quando não estou me sentindo bem, vou à unidade de saúde.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
10 Quando sinto que a minha pressão está alta tomo um comprimido a mais, do que o prescrito.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
11 Tomo chás que meus amigos, vizinhos ou parentes me indicam para controlar minha pressão arterial.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

12	Conheço os riscos de uma gestação com hipertensão.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
13	Me sinto bem, quando tomo metade da medicação prescrita.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
14	Participo das oficinas que são realizadas na unidade de saúde e aprendo com as outras gestantes.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
15	Tenho apoio das pessoas que convivem comigo para tomar a medicação, conforme a prescrição, na dose e horários corretos.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
16	Conheço alguns sinais de alerta de hipertensão na gestação como: dor de cabeça, alterações visuais, tontura.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
17	Tomo a medicação somente quando sinto que a pressão está alta/alterada.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
18	Esqueço de tomar os medicamentos quando estou envolvida com outras atividades.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
19	Realizo atividades físicas com duração de 30 minutos, pelo menos 3 vezes por semana.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
20	Quando sinto que a pressão está controlada, deixo de tomar a medicação prescrita.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
21	Como frutas, verduras ou legumes todos os dias, além de outros alimentos.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
22	Procuro realizar atividades que me deixem tranquila.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
23	Comecei a tomar a medicação logo após o médico prescrever.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
24	Evito o ganho de peso excessivo durante a gravidez.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
25	Não tomo a medicação corretamente, pois demoro a pegar/comprar.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
26	Consigo ficar tranquila, apesar do diagnóstico de hipertensão.	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

APÊNDICE 13 – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DADOS OBSTÉTRICOS.

PARTE I – DADOS SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICO.

Código da paciente:	
Data de Nascimento: ____/____/____	
Estado Civil: () Casada/união consensual () Solteira () Divorciada () Viúva	
Município de Residência: _____	
Ocupação:	
Escolaridade: () 1º grau incompleto () Nunca estudou () 1º grau completo () Superior Completo () 2º grau incompleto () Superior Incompleto () 2º grau completo () Outro	
Quantas pessoas moram na casa?	
Das pessoas que moram na casa, quantas ajudam no sustento da família?	
Qual a renda aproximada da família (número de salários mínimos)? () < que 1 SM (< R\$ 937,00) () 1 a 3 SM (R\$ 938,00 a R\$ 2.811,00) () > 3 SM (> R\$ 2.812,00)	
Você fuma? () Sim Se sim, nº de cigarros por dia: _____ () Não () Ex-fumante () Fumante passiva (se reside ou trabalha no mesmo ambiente que outros fumantes) () Deixou de fumar por causa da gravidez	
Faz uso de bebida alcoólica: () Não () Sim, frequentemente () Sim, só nos fins de semana () Sim, raramente () Parou de beber devido a gravidez	
Realiza atividade física? 1.() Sim 2.() Não Se sim, quantas vezes na semana? _____	

PARTE II – DADOS OBSTÉTRICOS

G: _____ P: _____ A: _____ PC: _____ PN: _____
Iniciou a consulta de pré-natal com quantas semanas? _____
O diagnóstico da Hipertensão foi realizado com quantas semanas: _____
Participou/Participa de Atividades Educativas na Unidade de Saúde? _____
Quais temas foram abordados? Aleitamento Materno () Cuidados com Alimentação () Uso de Medicações ()
Teve problemas durante a(s) gravidez (es) anteriormente (es)? 1.() Sim 2.() Não
Quais? Hipertensão () Diabetes () Doença Renal () Obesidade () Outras: _____

APÊNDICE 14 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTANTES

Nós, Marilene Loewen Wall, Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler e Silvana Regina K. Souza, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a Senhora, gestante com diagnóstico de hipertensão na gravidez, a participar de um estudo intitulado “Escala de autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem, e a sua participação é de fundamental importância.

O objetivo desta pesquisa é construir e validar escala de autoeficácia de gestantes nas complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.

Caso a Senhora participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do Hospital de Clínicas - UFPR por aproximadamente 30 minutos.

A pesquisa não apresenta risco à sua saúde já que consiste na realização de uma entrevista com os pesquisadores, mas é possível que a senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para responder a entrevista.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um instrumento válido e confiável que possa identificar a autoeficácia de gestantes com síndromes hipertensivas da gravidez. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

As pesquisadoras Marilene Loewen Wall, Enfermeira Obstétrica, Professora da Universidade Federal do Paraná, Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler, Enfermeira, Doutoranda da Universidade Federal do Paraná e Silvana Regina K. Souza, Enfermeira Obstétrica, Professora da Universidade Federal do Paraná, poderão ser contatadas pelo telefone: (41) 99689 8804, em Curitiba, das 13:30 às 17:00 de 2ª a 6ª feira, pelos e-mails andrea.chaves@ufpr.br e wall@ufpr.br, ou na Avenida Prof. Lothário Meissner, 632 3º andar – Jardim Botânico. CEP: 80210-170 Curitiba-PR, 3361-3772, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas: Participante da Pesquisa: _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: _____
--

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041.

O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante de pesquisa

Curitiba, ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.


Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o

TCLE Curitiba, ____/____/____

ANEXO 1 - PÁGINA INICIAL DO MANUSCRITO REVISÃO DE LITERATURA

ISSN: 1981-8963 <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04201801000-1071-2018>

Thuler ADAC, Brasil ML, Benedet DCF et al. Medidas preventivas das síndromes hipertensivas...



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN 1981-8963

ARTIGO REVISÃO INTEGRATIVA

MEDIDAS PREVENTIVAS DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PREVENTIVE MEASURES OF HYPERTENSIVE SYNDROMES OF PREGNANCY IN PRIMARY CARE

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LOS SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN LA ATENCIÓN PRIMÁRIA

Andréia Cristina de Morais Chaves Thuler^{1*}, Marilene Lorenzen Wall², Déia Cristine Forlín Benedet³, Silvana Regina Rosal Klaus Sozza⁴, Maril Aparecida Rocha de Souza⁵

RESUMO

Objetivo: identificar as medidas preventivas das Síndromes Hipertensivas da Gravidez na Atenção Primária. **Método:** revisão integrativa, sem delimitação temporal, realizada em cinco bases de dados, nos idiomas inglês, espanhol e português, no mês de junho de 2017, obtendo 75 artigos selecionados por meio de instrumento já validado. **Resultados:** foram identificadas as categorias: "Tratamento medicamentoso/suplementação", destacando a possibilidade de complicações quando iniciado precocemente; "Estilo de vida", mediante o incentivo de práticas saudáveis que implicam a melhora da saúde do binômio e "Assistência pré-natal", salientando a necessidade de mais ações direcionadas à atenção às gestantes de alto risco. **Conclusão:** o tratamento medicamentoso/suplementação evidencia a necessidade da ampliação do conhecimento profissional para a utilização dessa medida preventiva em tempo hábil. **Descritores:** Hipertensão induzida pela gravidez; Complicações na gravidez; Prevenção de Doenças; Cuidado pré-natal; Atenção Primária à Saúde; Revisão.

ABSTRACT

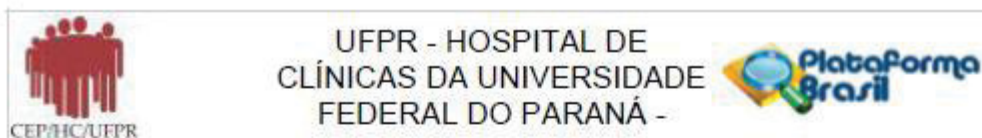
Objective: to identify the preventive measures of the Hypertensive Syndromes of Pregnancy in Primary Care. **Method:** integrative review, without temporal delimitation, carried out in five databases, in the English, Spanish and Portuguese languages, in June 2017, obtaining 75 articles selected by means of an already validated instrument. **Results:** the categories "Medication treatment / supplementation" were identified, highlighting the possibility of complications when started early; "Lifestyle", through the encouragement of healthy practices that imply the improvement of the health of the binomial and "Prenatal care", emphasizing the need for more actions aimed at the attention to pregnant women at high risk. **Conclusion:** the drug treatment / supplementation evidences the necessity of the extension of the professional knowledge for the use of this preventive measure in a timely manner. **Descriptors:** Pregnancy Induced Hypertension; Pregnancy complications; Prevention and control; Antenatal Care; Primary Healthcare; Review.

RESUMEN

Objetivo: identificar las medidas preventivas de los Síndromes Hipertensivos del Embarazo en la Atención Primaria. **Método:** revisión integradora, sin delimitación temporal, que tuvo lugar en cinco bases de datos, en inglés, español y portugués, en junio de 2017, la obtención de 75 artículos seleccionados a través del instrumento ya validado. **Resultados:** se identificaron las categorías: "Tratamiento medicamentoso / suplementación", destacando la posibilidad de complicaciones cuando iniciados precozmente; "Estilo de vida", mediante el incentivo de prácticas saludables que implican la mejora de la salud del binomio; y "Asistencia prenatal", destacando la necesidad de más acciones dirigidas a la atención a las gestantes de alto riesgo. **Conclusión:** el tratamiento medicamentoso / suplementario evidencia la necesidad de la ampliación del conocimiento profesional para la utilizar esa medida preventiva en tiempo hábil. **Descriptores:** Hipertensión inducida en el embarazo; Complicaciones del Embarazo; Prevención de Enfermedades; Atención Prenatal; Atención Primaria de Salud; Revisión.

*Mestre (Doutoranda), Universidade Federal do Paraná/UFPR. Membro do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos, Pesquisa e Ensino em Cuidado Humano de Enfermagem (NPECHE). Curitiba (PR), Brasil. E-mail: andreia.chaves@ufpr.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5248-4525>; ²Doutora, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Membro NPECHE. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: marilene@ufpr.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-1029-3896>; ³Mestre (Doutoranda), Universidade Federal do Paraná/UFPR. Membro NPECHE. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: deiaforlin@ufpr.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-3002-6565-1104>; ⁴Doutora, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Membro NPECHE. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: rosal@ufpr.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7679-4032>; ⁵Mestre (alugada), Universidade Federal do Paraná/UFPR. Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde/PPGSP. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: parlino@uovviva.com.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7012-8890>

ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ.

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76407317.0.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.323.889

Apresentação do Projeto:

Estudo a ser realizado no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco desta instituição para realização de uma tese de doutorado em Enfermagem. De acordo com as pesquisadoras as síndromes hipertensivas da gestação são alterações que ocorrem com mais frequência durante o ciclo gravídico, sendo importante para os profissionais da área da saúde identificar as gestantes que podem apresentar baixa autoeficácia na prevenção de complicações desta síndrome e realizar o cuidado individualizado. Referem que a autoeficácia atua nas pessoas incentivando no desenvolvimento de habilidades para enfrentar as mais diversas situações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Construir e validar escala para mensurar a autoeficácia de gestantes na prevenção de complicações das síndromes hipertensivas da gravidez.

Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico, econômico e obstétrico das gestantes com síndromes hipertensivas;
- Identificar os itens e dimensões da autoeficácia de gestantes nas síndromes hipertensivas;

Endereço: Rua Gal. Camello, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br