



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE DOUTORADO ACADÊMICO**

**ANA CAROLINA COSTA CARINO**

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO EM**  
**UNIVERSITÁRIOS**

**NATAL/RN**

**2024**

**ANA CAROLINA COSTA CARINO**

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO EM  
UNIVERSITÁRIOS**

Tese de Doutorado apresentado à banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Área de Concentração:** Enfermagem na Atenção à Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Desenvolvimento Tecnológico em Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

**NATAL/RN**

**2024**

**ANA CAROLINA COSTA CARINO**

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO EM  
UNIVERSITÁRIOS**

Tese de Doutorado apresentado à banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Aprovada em 01 de março de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira – Presidente  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes – Examinadora interna  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira – Examinadora interna  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

---

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes – Examinador externo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kadyjina Daiane Batista Lúcio – Examinadora externa  
Universidade Paulista (UNIP)

À minha avó Maria José Costa Barreto (*in  
memoriam*), dedico esta tese com todo o meu amor.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter sido o meu alicerce durante toda essa trajetória, me fazendo enxergar a beleza dos dias felizes e dos que pensei não suportar. Obrigada pelo amadurecimento e por mais um sonho vivido.

Aos meus pais Alexandre Carino e Ana Paula Carino, por toda dedicação, amor, paciência e sustento diário. Eu jamais chegaria até aqui se não fosse o apoio de vocês. Obrigada por confiarem em mim, mesmo quando duvidei que conseguiria. Esta conquista é também de vocês!

À minha irmã Ana Sophia Carino, que mesmo em sua inocência juvenil, esteve sempre atenta e disposta a tornar os meus dias mais leves. Obrigada por toda compreensão e irmandade.

À minha avó Maria José Barreto (*in memoriam*), gratidão pelos momentos que desfrutamos, pelo amor e carinho. A senhora foi minha maior incentivadora e exemplo, obrigada por me fazer acreditar que sou capaz de traçar voos altos. Tenho certeza de que, de onde estiver, estará torcendo por mim.

A todos os meus familiares que, de algum modo, torceram por mim e estiveram dispostos a ajudar nas circunstâncias adversas, guardo-os com carinho em meu coração.

À minha orientadora Ana Luisa Lira, deixo expresso o meu mais sincero agradecimento, por ter aceitado a aventura de me orientar desde a graduação até o doutorado. Obrigada pela confiança, pelos ensinamentos, por ter segurado minha mão em todos os momentos e por deixar em mim o legado de ser, além de uma excelente professora, um exímio ser humano. Não há palavras para expressar minha profunda gratidão.

Às minhas fiéis escudeiras de coleta de dados Juliane Dantas e Renata Marinho, obrigada por dividem o fardo comigo e serem um ombro amigo diário. Tê-las ao meu lado durante essa caminhada tornou meus dias mais leves.

Aos meus amigos Bruno Neves, Isabelle Silva, Renata Fernandes, Renato Sales e Valéria Fernandes, obrigada por serem acalento em meio do turbilhão de emoções que é o doutorado. Com vocês aprendi que existe amizade em meio a distância de uma rotina puxada.

Aos meus amigos do Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho, em especial à Glaycione Gadelha, por toda paciência e auxílio. Por vezes, mesmo sem saber, tornaram-se o meu refúgio, embalando meus dias em meio a gargalhadas e conversas.

À banca examinadora, pela disponibilidade e prontidão em contribuir com a pesquisa. Cada um dos membros é referência para mim nessa área e tê-los comigo é motivo de grande honra e felicidade.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem (PAESE), por serem um apoio constante em meio as incertezas diárias.

Aos professores da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por todos os ensinamentos e paciência durante as aulas. Os saberes compartilhados serão levados comigo.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem, em especial Edilma Costa e Jussara Aquino, por todo apoio durante a coleta de dados. Vocês foram alento em meio a correria, jamais conseguirei externar minha profunda gratidão.

Aos enfermeiros juízes que participaram da segunda etapa do estudo, por aceitarem contribuir com a pesquisa e pelas valiosas sugestões para a adequação desse estudo.

E, por fim, mas não menos importante, a todos os estudantes que participaram dessa pesquisa e tornaram-na real. Obrigada por contribuir para aprimorar o conhecimento científico na área da enfermagem.

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem se desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.” (Josué 1:9)

## RESUMO

O intenso ganho de peso após ingresso na universidade é frequente nos estudantes da graduação. Neste contexto, enfatiza-se a importância do empoderamento do profissional enfermeiro no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, baseado na inferência de diagnósticos acurados e precisos voltados a essa clientela. Assim, o objetivo do presente estudo é validar o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários. Trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido em duas etapas, a saber: análise de conteúdo por juízes; e, validação clínica, por meio de um estudo de acurácia diagnóstica. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob parecer número 4.953.282 e CAAE 48202221.6.0000.5537. A etapa de análise de conteúdo contou com a participação de 48 juízes. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo, por meio da aplicação do teste estatístico Wilcoxon, com  $p$ -valor  $> 0,05$ , para determinar a proporção de juízes que concordaram com os itens apresentados. Para a validação clínica, foram entrevistados 108 graduandos em Enfermagem. Seguiu-se o modelo de análise de classe latente para estabelecimento das medidas de acurácia, a saber: sensibilidade e especificidade. A análise da associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais com o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso ocorreu mediante análise do Teste de Qui-quadrado de Pearson e Teste de Exato de Fisher. Considerou-se estatisticamente significativo  $p$ -valor  $\leq 0,05$ . Quanto aos resultados, na primeira etapa do estudo, todos os itens foram considerados válidos estatisticamente, sendo proposta uma nova estrutura do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso, contendo seis características definidoras, seis fatores relacionados, seis populações em risco; três condições associadas. Na segunda etapa do presente estudo foram identificadas como características definidoras sensíveis: Consumo excessivo de calorias e Insatisfação com a imagem corporal. Por outro lado, as características definidoras específicas foram: Autopercepção de saúde negativa, Comportamento alimentar inadequado e Saúde emocional prejudicada. Por meio da regressão logística univariada, destacou-se o Histórico pessoal de excesso de peso como fator de maior impacto para a ocorrência do diagnóstico na clientela estudada. A prevalência do diagnóstico de enfermagem na clientela foi de 38,12%. Conclui-se que o diagnóstico Sobrepeso é verificável em adolescentes e adultos jovens universitários e apresenta duas características sensíveis e três específicas. Assim, espera-se contribuir para o aumento do nível de evidência do referido diagnóstico na taxonomia da NANDA-I, bem como para o maior conhecimento acerca da acurácia das características definidoras do diagnóstico Sobrepeso em universitários.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação; Sobrepeso; Universidades.

## ABSTRACT

Intense weight gain after entering university is common among undergraduate students. In this context, the importance of empowering professional nurses in the development of health promotion strategies is emphasized, based on the inference of accurate and precise diagnoses aimed at this clientele. Thus, the objective of the present study is to validate the nursing diagnosis of Overweight in university students. This is a methodological study, developed in two stages, namely: content analysis by judges; and, clinical validation, through a diagnostic accuracy study. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte, under opinion number 4.953.282 and CAAE 48202221.6.0000.5537. The content analysis stage included the participation of 48 judges. The Content Validity Index was used, through the application of the Wilcoxon statistical test, with  $p\text{-value} > 0.05$ , to determine the proportion of judges who agreed with the items presented. For clinical validation, 108 nursing students were interviewed. The latent class analysis model was followed to establish accuracy measures, namely: sensitivity and specificity. The analysis of the association of sociodemographic, clinical and behavioral variables with the nursing diagnosis of Overweight occurred through analysis of the Pearson Chi-square Test and Fisher's Exact Test. A  $p\text{-value} \leq 0.05$  was considered statistically significant. Regarding the results, in the first stage of the study, all items were considered statistically valid, and a new structure for the Overweight nursing diagnosis was proposed, containing six defining characteristics, six related factors, six populations at risk; three associated conditions. In the second stage of the present study, the following sensitive defining characteristics were identified: Excessive calorie consumption and Dissatisfaction with body image. On the other hand, the specific defining characteristics were: Negative self-perception of health, Inadequate eating behavior and Impaired emotional health. Using univariate logistic regression, personal history of excess weight was highlighted as a factor with the greatest impact on the occurrence of the diagnosis in the studied clientele. The prevalence of the nursing diagnosis among the clientele was 38.12%. It is concluded that the Overweight diagnosis is verifiable in adolescents and young adults at university and presents two sensitive and three specific characteristics. Thus, it is expected to contribute to increasing the level of evidence of the aforementioned diagnosis in the NANDA-I taxonomy, as well as to greater knowledge about the accuracy of the defining characteristics of the Overweight diagnosis in university students.

**Keywords:** Nursing Diagnosis; Validation Studies; Overweight; Universities.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Pictograma dos antecedentes e consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso incluídos na TMA. Natal, 2024.....	<b>28</b>
<b>Figura 2</b> - Recrutamento dos estudantes de enfermagem. Natal, 2024.....	<b>68</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Atributo essencial, definição diagnóstica antecedentes clínicos e consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. Natal, 2023.....	<b>25</b>
<b>Quadro 2</b> - Pontuações atribuídas aos juízes. Natal, 2023.....	<b>34</b>
<b>Quadro 3</b> - Atributo essencial e definição do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso após análise de conteúdo. Natal, 2023.....	<b>40</b>
<b>Quadro 4</b> - Antecedentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso após análise de conteúdo. Natal, 2023.....	<b>44</b>
<b>Quadro 5</b> - Consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso após análise de conteúdo. Natal, 2023.....	<b>52</b>
<b>Quadro 6</b> - Proposição da estrutura do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. Natal, 2023.....	<b>54</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização dos juízes. Natal, 2023.....	<b>37</b>
<b>Tabela 2</b> - Análise de conteúdo dos Atributos essenciais e Definição. Natal, 2023.....	<b>39</b>
<b>Tabela 3</b> - Análise de conteúdo dos antecedentes clínicos. Natal, 2023.....	<b>42</b>
<b>Tabela 4</b> - Análise de conteúdo dos consequentes clínicos. Natal, 2023.....	<b>50</b>
<b>Tabela 5</b> - Caracterização sociodemográfica dos universitários de enfermagem de uma universidade brasileira. Natal, 2024.....	<b>72</b>
<b>Tabela 6</b> - Avaliação da composição corporal dos universitários de enfermagem. Natal, 2024.....	<b>74</b>
<b>Tabela 7</b> - Frequência dos indicadores clínicos, fatores relacionados, populações de risco e condições associadas do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. Natal, 2024.....	<b>77</b>
<b>Tabela 8</b> - Associação dos indicadores clínicos, fatores relacionados, populações de risco e condições associadas com o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em graduandos de Enfermagem. Natal, 2024.....	<b>78</b>
<b>Tabela 9</b> - Medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em graduandos de Enfermagem. Natal, 2024.....	<b>79</b>
<b>Tabela 10</b> - Probabilidades posteriores da presença/ausência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em conjunto de características definidoras componentes do modelo final de classe latente. Natal, 2024.....	<b>79</b>
<b>Tabela 11</b> - Regressão logística univariada dos fatores relacionados, população de risco e condições associada do DE Sobrepeso. Natal, 2024.....	<b>80</b>

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 1 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES</b> .....	<b>23</b>
<b>1.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	<b>24</b>
1.1.1 VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM .....	24
1.1.2 TEORIA DE MÉDIO ALCANCE EM ENFERMAGEM .....	24
1.1.2.1 TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO.....	25
1.1.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES .....	28
<b>1.2 OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	31
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>1.3 MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	<b>32</b>
1.3.1 DESENHO DO ESTUDO .....	32
1.3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	32
1.3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	33
1.3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	33
1.3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	35
1.3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	35
1.3.7 FINANCIAMENTO.....	36
<b>1.4 RESULTADOS</b> .....	<b>37</b>
1.4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES.....	37
1.4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDOS DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO.....	39
1.4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDOS DOS ANTECEDENTES CLÍNICOS/FATORES ETIOLÓGICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO.....	41
1.4.4 ANÁLISE DE CONTEÚDOS DOS CONSEQUENTES CLÍNICOS/INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO.....	50
1.4.5 PROPOSIÇÃO DA ESTRUTURA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO EM UNIVERSITÁRIOS .....	54
<b>1.5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>56</b>
<b>1.6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>61</b>

<b>CAPÍTULO 2 ANÁLISE DA ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO SOBREPESO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS .....</b>	<b>62</b>
<b>2.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>63</b>
<b>2.2 OBJETIVOS .....</b>	<b>65</b>
2.2.1 OBJETIVO GERAL.....	65
2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	65
<b>2.3 MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>66</b>
2.3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	66
2.3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	66
2.3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	66
2.3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	67
2.3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	69
2.3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	70
2.3.7 FINANCIAMENTO.....	71
<b>2.4 RESULTADOS .....</b>	<b>72</b>
<b>2.5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>2.6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>87</b>
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>157</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a validação do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários do curso de Enfermagem. Este estudo foi realizado mediante as etapas de análise de conteúdo por juízes e validação clínica em estudantes universitários. Salienta-se que a etapa da validação teórico-causal, a partir da construção de uma teoria de médio alcance foi realizada em estudo anterior de Carino (2021).

A literatura relata que o excesso de peso corporal é uma prioridade de saúde pública no mundo, pois tem relação direta com as doenças crônicas não transmissíveis, principalmente diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão, câncer e distúrbios músculo-esqueléticos (Biswas *et al.*, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o sobrepeso é o acúmulo anormal ou excessivo de gordura, caracterizado pelo índice de massa corporal (IMC) entre 25 a 30 kg/m<sup>2</sup>. O censo realizado pela OMS apontou que o número de pessoas com sobrepeso triplicou em escala mundial no período de 1975 a 2016. Existiam aproximadamente 1,9 bilhão de pessoas com 18 anos ou mais acima do peso (Organização Mundial da Saúde, 2021). A estimativa para 2025 é de 2,3 bilhões de pessoas com sobrepeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, 2023).

No Brasil, 30,1% dos jovens adultos entre 18 e 24 anos apresentam sobrepeso. Esse é atribuído ao consumo excessivo de alimentos ultra processados, que contêm altos teores de gordura e açúcar (Brasil, 2019, p. 39). O estado do Rio Grande do Norte destaca-se no cenário nacional, com percentual de 20,35% dos adolescentes e 35,47% dos adultos com sobrepeso (Brasil, 2024).

Essas estatísticas são alarmantes, pois o sobrepeso predispõe ao aumento do número de mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre jovens. Segundo pesquisa realizada por Malta *et al.* (2021), entre as principais causas de óbito prematuro entre jovens destacam-se: neoplasias malignas, doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares, infecções de vias aéreas inferiores, diabetes mellitus, doenças hepáticas e doenças renais. Ribeiro *et al.* (2016, p. 422-433) salientam ainda que essas doenças têm no sobrepeso um importante fator de risco.

O aumento de indivíduos com excesso de peso também impacta diretamente na economia. Canella, Novaes e Levy (2015) afirmam, em seu estudo, que a presença e o aumento do número de indivíduos com sobrepeso ou obesidade nos domicílios resultam em maiores gastos em saúde, destacando o aumento nos dispêndios com medicamentos e com assistência à

saúde. Em 2018, os custos diretos do Sistema Único de Saúde (SUS) atribuídos ao tratamento do sobrepeso e a obesidade chegaram a US\$ 890 milhões (Nilson *et al.*, 2019).

As fases da adolescência e adulto jovem são períodos de alto risco para ganho de peso, pois se caracterizam por mudanças críticas na composição corporal, sensibilidade à insulina, ajustes psicológicos, comportamentos alimentares e início da vida universitária (Alberga *et al.*, 2012). Aliado a isso, Leal *et al.* (2019) reforça o acesso facilitado e consumo regular de alimentos industrializados/ultraprocessados, guloseimas e refrigerantes no ambiente acadêmico.

O gerenciamento do novo cotidiano acadêmico, no qual o estudante está imerso em cobranças pessoais, familiares e sociais, contribui para o aumento do consumo de alimentos ultra processados e o ganho de peso (Soares *et al.*, 2018; Brito, 2020). Corroborando, um estudo demonstrou que a qualidade alimentar dos estudantes universitários da área da saúde é baixa, sugerindo que o ingresso, a permanência e a finalização dos cursos podem refletir diretamente no aumento do peso (Bashatah, 2020).

Os estudantes, devido as diversas tarefas acadêmicas e pessoais, tendem ao consumo de *fast-food*, com alimentos de alto valor calórico e pouco nutritivos. Além disso, valem-se do transporte coletivo ou individual, como forma de deslocamento, impactando diretamente no sedentarismo e no excesso de peso (Pires; Mussi, 2016). Oliveira *et al.* (2021) reforçam o elevado percentual de universitários inativos fisicamente em termos globais ou por lazer, favorecendo um consumo calórico maior do que o gasto metabólico.

Brewis e Bruening (2018) apontam que o primeiro ano na universidade é caracterizado por um aumento de peso acelerado para a maioria dos discentes. Os efeitos mais intensos são evidentes no cotidiano dos primeiros semestres, mas permanecem de forma moderada mesmo quando os discentes se integram à vida no campus.

Uma vez vivenciando essa realidade, os universitários precisam adaptar-se a uma sociedade em que o sobrepeso e as comorbidades associadas são fatores limitantes e estigmatizantes (Macedo *et al.*, 2015). Heller (2016) aponta que a integração social com a comunidade fundamenta esse preconceito, taxando o excesso de gordura corporal como sinônimo de descontrole e cerceando a autonomia e liberdade de escolha do indivíduo.

Uma vez não se encaixando no padrão social, o estudante passa a ser visto como menos qualificado, com problemas emocionais, interpessoais e com pouca perspectiva de ser aceito na profissão almejada. Assim, a busca pela beleza e perfeição do corpo simboliza sucesso pessoal e profissional (Kolotkin *et al.*, 2019).

O constante desejo de aceitação e de corresponder a um padrão pode influenciar a maneira como o indivíduo com sobrepeso se vê e age (Macedo *et al.*, 2015). Nesse cenário, emerge a negligência com a própria saúde, com adoção de práticas degradantes para atingir o emagrecimento, a saber: adoção de dietas restritivas, utilização indevida de medicamentos, adesão a procedimentos cirúrgicos e exagero na prática de exercícios físicos (Koelzer *et al.*, 2016; Couss *et al.*, 2021; Corrêa, 2022).

Os estudantes universitários com sobrepeso ou obesidade tendem a ter vergonha do corpo, sendo menos propensos a buscar ou manter amizades, o que aumenta o risco para sintomas depressivos (Brewis; Bruening, 2018). Dessa forma, é necessário o apoio durante esse percurso a fim de prevenir riscos físicos ou emocionais (Anversa *et al.*, 2018).

As mídias atuais tratam o sobrepeso como uma moeda de dois lados, reforçando que a sociedade deve se dividir em dois núcleos sociais: ou pratica-se preconceito contra o indivíduo com sobrepeso ou faz-se apologia à autoaceitação do corpo, romantizando a realidade. Entretanto, essa dualidade não é a realidade, tendo em vista que os dois lados caminham de forma conjunta. A autoaceitação é um dos principais veículos para alcançar a tão almejada saúde, por criar as condições psicológicas necessárias para que o autocuidado aconteça de forma efetiva e duradoura. Ao ressignificar a sua realidade, entendendo os riscos e benefícios, o indivíduo adota padrões estáveis de promoção da saúde (Paim; Kovaleski, 2020; Brasil, 2022).

Ressalta-se que as escolhas atuais de vida dos universitários refletirão no estado de saúde futuro. Adolescentes e adultos jovens com sobrepeso frequentemente são adultos obesos e com baixa qualidade de vida, devido às comorbidades associadas (Barnet *et al.*, 2018). Desta forma, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações de saúde, a fim de minimizar ou evitar consequências negativas na qualidade de vida dos jovens universitários (Souza; Caldas; De Antoni, 2017).

A Organização das Nações Unidas (2020), em sua Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, relata a importância da promoção de vida saudável e do bem-estar para todos. Nesse contexto, destaca-se o profissional enfermeiro no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde em busca do alcance de melhorias e aumento da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades (Lopes *et al.*, 2020).

Estudo realizado por Bashatah (2020) demonstrou a importância de um maior empoderamento do profissional de enfermagem na identificação do diagnóstico Sobrepeso. Apenas 6,3% das mulheres e 6,7% dos homens participantes indicaram que foram orientados sobre alimentação saudável pelos enfermeiros.

A principal forma de empoderamento da enfermagem é por meio de uma prática clínica operacionalizada por meio do Processo de Enfermagem (PE). O PE é um instrumento metodológico composto por cinco etapas inter-relacionadas, a saber: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

Dentre as etapas do PE, destaca-se o Diagnóstico de Enfermagem (DE), pois por meio dele o enfermeiro decide clinicamente a resposta do paciente a determinado estímulo e planeja as intervenções para alcançar resultados dos cuidados prestados (Conceição *et al.*, 2017; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

O DE é um julgamento clínico das respostas humanas em relação às condições de saúde reais e potenciais do indivíduo, família ou comunidade. O sistema de classificação de diagnóstico mais usado mundialmente é taxonomia II da NANDA Internacional (NANDA-I). Essa é composta por 13 domínios, 47 classes e 267 diagnósticos de enfermagem (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

Na NANDA Internacional, o domínio Nutrição é composto por cinco classes, a saber: Ingestão, Digestão, Absorção, Metabolismo e Hidratação. Na classe Ingestão, destaca-se o DE Sobrepeso. Esse DE foi aprovado no ano de 2013, revisado em 2017 e seu nível de evidência é 3.2. A própria taxonomia sugere a realização de novos estudos para de validação em novas populações visando o avanço do no nível de evidência desse diagnóstico (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

O DE Sobrepeso, segundo Herdman, Kamitsuru e Lopes (2021), possui dezesseis fatores relacionados, sendo eles: alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade; baixo consumo alimentar de cálcio nas crianças; comportamento sedentário que ocorre por  $\geq 2$  horas /dia; comportamentos alimentares desorganizados; conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis; consumo de bebidas açucaradas; consumo excessivo de álcool; distúrbio do sono; frequência alta a restaurantes e de consumo de frituras; gasto de energia abaixo da ingestão de energia, com base em avaliação padronizada; hábito de “beliscar” alimentos com frequência; média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo; medo relativo à falta de suprimento de alimentos; percepções alimentares desorganizadas; tamanhos das porções maiores que os recomendados e tempo de sono reduzido.

A NANDA Internacional aponta três características definidoras (CD), a saber:  $IMC > 25,0 \text{ kg/m}^2$  no adulto; relação peso-altura  $>$  percentil 95 para criança menor que 2 anos;  $IMC >$  percentil 85 ou  $25,0 \text{ kg/m}^2$ , mas percentil  $< 95$  ou  $30,0 \text{ kg/m}^2$  para idade e o sexo, para criança entre 2 e 18 anos (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

Ressalta-se que foram encontrados estudos que se relacionam, em sua maioria, aos problemas de saúde excesso de peso e nutrição desequilibrada em diferentes contextos, a saber: DE excesso de peso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) em adolescentes (Rodrigues; Cavalcanti; Silva, 2013; Viera *et al.*, 2014); critérios diagnósticos do estado nutricional em adolescente escolar (Damasceno *et al.*, 2009); diagnóstico de enfermagem nutrição desequilibrada em gestantes (Sales; Lopes, 2008); e, sobrepeso e obesidade entre usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (Jardim *et al.*, 2017). Entretanto, percebe-se que a literatura carece de estudos voltados diretamente para o DE Sobrepeso da NANDA Internacional em universitários.

Sabe-se que os estudantes de enfermagem, por terem maior proximidade teórica com os cuidados necessários para a manutenção da saúde, deveriam apresentar menos sobrepeso. No entanto, apesar do conhecimento adquirido, percebe-se, muitas vezes, o contrário (Bashatah, 2020). Estudos evidenciaram o elevado índice de indivíduos com sobrepeso nos cursos de graduação em enfermagem (Gasparetto; Silva, 2012; Pires; Mussi, 2016; Novais *et al.*, 2020). Percebe-se que a rotina acadêmica favorece o ganho de peso durante o curso, estando associado, em sua maioria, a necessidade de realizar refeições em curto espaço de tempo, falta de acesso imediato a alimentos saudáveis, ausência de rotina alimentar, somado ao uso de celular durante as refeições, interrupção da prática de esportes, carga horária excessiva destinada a atividades universitárias e ao elevado índice de ansiedade e estresse diários (Urbanetto *et al.*, 2019).

Salienta-se que o aumento de peso iniciado na graduação é exacerbado durante o ingresso no mercado de trabalho. A exposição contínua a horários irregulares, carga horária de trabalho semanal excessiva, redução de tempo de descanso, trabalho em período noturno e sobrecarga física e mental são alguns fatores inerentes a profissão que causam alterações significativas nas funções biológicas e favorecem o ganho de peso pelo profissional da enfermagem (Mauro *et al.*, 2019).

Avulta-se então o adoecimento do profissional da saúde. Maiolino, Vieira e Passos (2022) relatam em seu estudo o importante sentimento de aflição que atinge os profissionais ao se depararem com o seu próprio adoecimento físico. Seguindo a lógica do capitalismo moderno, a busca constante por metas de produção, associada a ideologia da competição e a pressão exercida pela gestão e sociedade, fazem os trabalhadores de saúde adoecerem durante o exercício das suas atividades laborativas. Desta forma, o aumento de peso corporal só é percebido quando se manifesta patologicamente. A promoção da saúde, pautada na adoção de hábitos de vida saudáveis desde a universidade, aparece como facilitador do olhar crítico do profissional sobre a sua própria condição clínica.

Além disso, Herdman, Kamitsuru e Lopes (2021) salientam que são necessários resultados de estudos clínicos para elevar o nível de evidência desses diagnósticos para fortalecer a ciência de enfermagem. No que concerne aos estudos de diagnósticos de enfermagem, a literatura (Chaves; Carvalho; Rossi, 2008; Lopes; Silva, 2016) destaca os estudos de validação, como forma de aprimorar o diagnóstico e torná-lo mais acurado para a prática clínica dos enfermeiros.

O processo de validação de diagnósticos de enfermagem é composto por três etapas, a saber: validade teórico-causal, análise de conteúdo e validação clínica. Inicialmente, é proposta a criação de uma Teoria de Médio Alcance (TMA), com a finalidade de melhor compreender as relações entre os componentes do diagnóstico por seus pares. No que diz respeito a segunda etapa, tem-se a análise de conteúdo por juízes. Por fim, na terceira etapa, ocorre a validação clínica por meio de um estudo de acurácia diagnóstica (Lopes; Silva, 2016).

A partir do exposto, propõe-se a realização da presente pesquisa voltada para a validação do DE Sobrepeso em estudantes do curso de enfermagem. Esta proposta de estudo visa o desenvolvimento, utilização e avaliação de recursos tecnológicos e metodológicos do processo de cuidar, gerenciar e ensinar por meio do processo de enfermagem. De acordo com Merhy (2002), as tecnologias leve-duras envolvem a construção do conhecimento por meio dos saberes estruturados específicos, que auxiliam e direcionam o trabalho em saúde, compreendendo protocolos, normas e teorias que direcionam o saber específico de cada área. Assim, o PE e sua etapa diagnóstica são considerados tecnologias leve-duras.

No tocante à motivação para realização do estudo, a mesma surgiu a partir da vivência com pesquisas semelhantes durante a formação acadêmica de graduação e mestrado (Carino, 2021), que despertou a atenção para estudos de validação diagnóstica, bem como o desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance voltada para o DE Sobrepeso. Outro fator motivador foi a percepção cotidiana de hábitos e comportamentos alimentares no meio acadêmico da área da saúde, o que foi ratificado pelos achados na literatura, enfocando a necessidade de um olhar mais aguçado para os hábitos alimentares e o consequente sobrepeso nos estudantes universitários da área da saúde.

Assim, a dissertação de Carino (2021), intitulada “Sobrepeso em adolescentes e adultos jovens: uma teoria de médio alcance”, norteou as etapas de análise de conteúdo e validação clínica do presente estudo. A elaboração dessa teoria de médio alcance (TMA) constituiu a primeira etapa do processo de validação diagnóstica, pois, segundo Roy (2014), prover conceitos-chaves e embasar o relacionamento entre esses conceitos, traduzindo-os para variáveis mensuráveis, permite a aplicação no contexto clínico.

A continuidade das etapas de validação diagnóstica justifica-se pela necessidade de atualização e clarificação dos termos elencados nessa TMA, submetendo-os a juízes, a fim de verificar a validade de conteúdo, bem como à prática clínica para verificar o grau de sensibilidade e precisão dos termos identificados.

Nesse contexto, surgiram os seguintes questionamentos: os atributos essenciais, indicadores clínicos/consequentes e fatores etiológicos/fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários de enfermagem precisam ser ajustados? O diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários de enfermagem é válido na prática clínica e têm indicadores clínicos acurados?

Para tanto, elencam-se as seguintes hipóteses: 1) Os atributos essenciais, indicadores clínicos/consequentes e fatores etiológicos/fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários são adequados; 2) O diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários de enfermagem é verificável na prática clínica; 3) Existem indicadores clínicos acurados para a identificação do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários.

Assim, salienta-se que o trabalho será dividido em dois capítulos intitulados “Análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso por juízes” e “Análise da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários”, visando otimizar a compreensão dos resultados das etapas de análise de conteúdo e de validação clínica.

Frente ao exposto e a visualização da necessidade de acurácia do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso na clientela universitária, bem como, a experiência como participante do grupo de pesquisa sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem, da necessidade de fortalecer a linha de pesquisa “Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e visando o avanço da ciência da Enfermagem pelo aprimoramento da taxonomia da NANDA Internacional, é proposta a presente tese.

---

**CAPÍTULO 1**  
**ANÁLISE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE**  
**ENFERMAFEM SOBREPESO POR JUÍZES**

---

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 1.1.1 VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM

Estudos de validação diagnóstica vêm apresentando relevante interesse dentre os pesquisadores, são empregados para certificar o rigor dos indicadores clínicos e seu aprimoramento para determinada situação de saúde ou bem estar do indivíduo e sua coletividade (Lunney, 2008; Chianca, 2011). Tornam-se necessários para refinar o diagnóstico de enfermagem, fornecer maior sustentação e otimização de evidências da taxonomia de diagnósticos da NANDA-I, bem como fortalecer a prática clínica do enfermeiro (Chaves; Carvalho; Rossi, 2008; Gazos; Martins; Gazos, 2020).

Conforme apresentado anteriormente, a validação diagnóstica a luz do referencial de Lopes e Silva (2016) será apresentada por meio de três etapas, a saber: construção da teoria de médio alcance, a análise de conteúdo por juízes e a validação clínica. Cada etapa será apresentada separadamente a seguir.

### 1.1.2 TEORIA DE MÉDIO ALCANCE EM ENFERMAGEM

A Teoria de médio alcance (TMA) consiste na primeira etapa de validação diagnóstica. No contexto da enfermagem, pode ser definida como um conjunto de ideias relacionadas que se concentram em uma dimensão limitada da realidade. De maneira geral, são desenvolvidas a partir da interseção entre a prática clínica e a pesquisa científica, a fim de fornecer orientações para a prática diária e a pesquisa acadêmica arraigada na disciplina da enfermagem (Smith; Liehr, 2014).

Propõe-se a determinar as definições, esquemas ilustrados, proposições, relações causais e significados para a prática de enfermagem, podendo ser uma alternativa útil para o ensino, pesquisa e translocação do conhecimento teórico para a prática. Assim, o conteúdo e o processo da teoria de médio alcance são oferecidos como uma forma de preencher as lacunas existentes entre a teoria e a pesquisa, além de aumentar as evidências para uma prática de qualidade e melhor fundamentar o ensino na área (Lopes; Silva; Herdman, 2015).

A elaboração de uma TMA para a validação do diagnóstico de enfermagem depende de dois aspectos básicos, a saber: como um diagnóstico de enfermagem é definido (ou seja, como um processo que consiste no próprio raciocínio clínico ou como um produto, que é o resultado do raciocínio clínico); e, o estabelecimento de três elementos essenciais que são objetos do

processo de validação: atributos essenciais, fatores etiológicos e indicadores clínicos (Lopes; Silva; Herdman, 2015).

Assim, será apresentado os elementos essenciais da TMA construída durante o mestrado acadêmico da pesquisadora principal do estudo sobre o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso.

### 1.1.2.1 TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO

O estudo foi intitulado “Sobrepeso em adolescentes e adultos jovens: uma teoria de médio alcance” por Carino (2021). A abordagem usada para o desenvolvimento da TMA foi a dedutiva, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Para sua construção seguiu-se o referencial de Roy (2014) e Lopes, Silva e Herdman (2015).

Como resultado, a Teoria de Médio Alcance apresentou: dois atributos essenciais; uma definição diagnóstica; treze antecedentes clínicos e sete consequentes clínicos. Os indicadores clínicos foram definidos conceitualmente e operacionalmente (Carino, 2021). O Quadro 1 a seguir representa os achados da TMA.

**Quadro 1** - Atributo essencial, definição diagnóstica antecedentes clínicos e consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. Natal, 2023.

<b>Atributo essencial</b>	<b>Antecedente clínico</b>	<b>Consequente clínico</b>
Adulto jovem; Índice de massa corporal intermediário.	Baixa qualidade de sono; Sedentarismo; Estresse; Etilismo; Hábitos alimentares inadequados; Histórico pessoal e/ou familiar de excesso de peso; Menarca anterior aos 12 anos; Renda domiciliar moderada; Residir em área urbana; União estável; Sexo feminino;	Autopercepção de saúde negativa; Histórico de comportamento alimentar restritivo; Distúrbios metabólicos; Excesso de peso; Insatisfação com a imagem corporal; Pressão arterial aumentada; Saúde mental prejudicada.

	Uso de drogas obesogênicas; Vínculo acadêmico ativo.	
<b>Definição diagnóstica:</b> Índice de massa corporal intermediário, superior ao esperado para a idade do adulto jovem.		

Fonte: dados da pesquisa.

Foram elaboradas 11 proposições para elucidar as relações causais entre os antecedentes clínicos e as consequências do excesso de peso, conforme apresentado a seguir:

1. A constatação de sobrepeso na clientela dependerá diretamente do peso corporal, idade e altura do indivíduo;

2. Os fatores etiológicos do sobrepeso podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. O primeiro eixo engloba baixa qualidade do sono, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados. O segundo inclui fatores como histórico pessoal ou familiar de excesso de peso, menarca antes dos 12 anos e sexo feminino;

3. Possuir vínculo acadêmico ativo interfere diretamente no ganho de peso em adolescentes e adultos jovens, pois a intensidade da rotina diária leva essa clientela a consumir alimentos altamente calóricos de fácil acesso e aderir ao sedentarismo;

4. O processo de modernização influencia diretamente as taxas de excesso de peso na população, uma vez que fatores como morar em área urbana e ter renda familiar moderada são antecedentes clínicos do sobrepeso em adolescentes e adultos jovens;

5. O estilo de vida individual impacta diretamente na predisposição ao sobrepeso. A presença de fatores como sedentarismo, etilismo, hábitos de vida inadequados e uso de drogas obesogênicas (antecedentes clínicos) justifica esse fato;

6. A divulgação de informações sobre hábitos de vida saudáveis é importante para adolescentes e adultos jovens. Contudo, a mudança é baseada na consciencialização, fato justificado pelo antecedente clínico de renda familiar moderado, onde se assume que os indivíduos têm maior acesso à educação, no entanto, permanecem predispostos a hábitos alimentares inadequados e sedentarismo.

7. O ambiente familiar e a histórico pessoal influenciam diretamente na predisposição ao sobrepeso, pois oferecer alimentos com alto teor calórico e baixo valor nutricional em casa gera hábitos alimentares pouco saudáveis e excesso de peso;

8. Uma das principais consequências do excesso de peso são os problemas de saúde mental, principalmente no universo feminino;

9. Adolescentes e jovens com sobrepeso tendem a ficar insatisfeitos com sua imagem corporal, pois supervalorizam a visão de um corpo magro e buscam aceitação social. Este fato

é justificado pelo desenvolvimento neuropsicológico desta fase da vida e leva-os a aderir a comportamentos restritivos de controlo de peso, colocando, por vezes, em risco a sua saúde;

10. Distúrbios metabólicos, especialmente dislipidemia, diabetes mellitus e aumento da pressão arterial são algumas manifestações clínicas do excesso de peso em adolescentes e adultos jovens que merecem atenção especial, pois aumentam o risco de morte prematura;

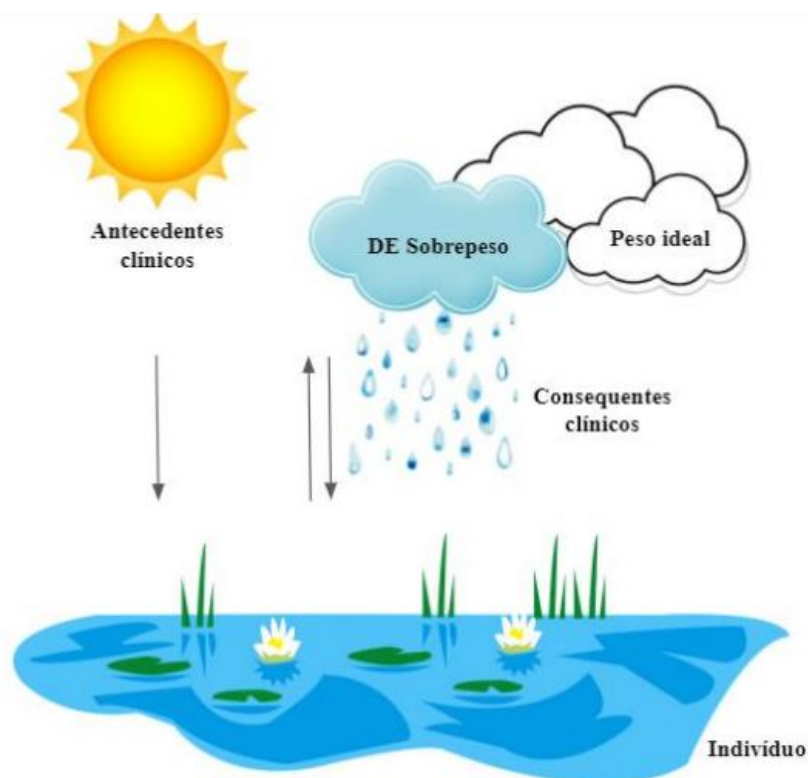
11. Adolescentes e adultos com sobrepeso percebem negativamente a saúde, pois associam um corpo com excesso de peso a um corpo não esteticamente agradável e clinicamente doente.

Estabeleceu-se 12 relações causais envolvendo os fatores etiológicos, segundo o referencial de Lopes, Silva e Herdman (2015). Os autores subdividiram os antecedentes clínicos em quatro categorias de acordo com sua influência: fatores precipitantes, fatores predisponentes, fatores incapacitantes e fatores reforçadores.

Dessa forma, a TMA possui três fatores precipitantes: sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e baixa qualidade do sono, três fatores predisponentes: saúde mental prejudicada, histórico pessoal ou familiar de excesso de peso e vínculo acadêmico ativo, dois fatores incapacitantes: etilismo e uso de drogas obesogênicas, e cinco fatores reforçadores: menarca anterior aos 12 anos, renda familiar moderada, residir em área urbana, união estável e sexo feminino.

Por fim, construiu-se um diagrama ilustrado do tipo pictograma para elucidar visualmente os achados. O pictograma baseou-se no ciclo da chuva para traçar a influência dos antecedentes clínicos que predisõem à instalação do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso e a sua manifestação clínica por meio dos consequentes clínicos. A figura 1 a seguir representa o pictograma construído.

**Figura 1.** Pictograma dos antecedentes e consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso incluídos na TMA. Natal, 2024.



Fonte: Carino (2021).

Destarte, a etapa da Análise de conteúdo por juízes e posterior Validação clínica terão por base os dados elencados por Carino (2021).

### 1.1.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO POR JUÍZES

A análise de conteúdo por juízes compreende a segunda etapa da validação diagnóstica e ocorre após construção da teoria de médio alcance. Essa etapa consiste em estimar a proporção dos juízes que consideram adequada a inclusão dos atributos essenciais, antecedentes clínicos e consequentes clínicos como componente do diagnóstico de enfermagem, bem como suas respectivas definições conceituais e operacionais elaboradas (Lopes; Silva; Araújo, 2012). Assim, um conteúdo será válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar (Bellucci Júnior; Matsuda, 2012).

Uma revisão sobre estudos de validação em enfermagem, realizado por Ribeiro *et al.* (2013), verificou que 71,4% dos artigos analisados apresentavam em suas metodologias estudos de análise de conteúdo em enfermagem. No entanto, com o avanço das pesquisas de validação

diagnóstica em enfermagem, verificou-se algumas limitações que podem dificultar a interpretação dos resultados (Jordão, 2020).

A análise de conteúdo tem encontrado diversos entraves no que diz respeito à seleção, caracterização e captação dos juízes para avaliação de conteúdo relacionados aos diagnósticos de enfermagem, bem como a definição do número mínimo necessário de juízes e do traçado metodológico mais apropriado a ser seguido (Lopes; Silva, 2016).

Observa-se que muitas pesquisas têm recorrido a diversos critérios para definir a inclusão de juízes na amostra, por não existir um padrão para seleção. Ademais, o recrutamento desses avaliadores torna-se uma tarefa ainda mais complexa diante da lacuna, em muitos locais do país, de enfermeiros com titulação específica para a área de interesse de cada estudo e experiência no uso de diagnósticos de enfermagem (Melo *et al.*, 2013; Lopes; Silva; Araújo, 2013).

Nesse cenário, avulta-se o Modelo da Sabedoria Coletiva (*"The Wisdom of Crowds"*), como atenuador desses entraves, por considerar que a opinião coletiva dos juízes apresenta maior representatividade na avaliação do que a opinião de um único *expert*. Segundo essa abordagem, o conhecimento compartilhado pela coletividade apresenta melhores resultados do que o conhecimento individual, mesmo que esse seja com alto nível de expertise. Defende-se a ideia que os equívocos individuais são amenizados quando envolvidos em um processo de raciocínio coletivo. Assim, esse método ressalta que as médias da coletividade são maiores do que as médias individuais, desde que seja assegurado que os julgamentos sejam independentes entre si (Lopes; Silva, 2016).

Destaca-se nessa abordagem a seleção de juízes com diferentes níveis de conhecimento, não limitado às elevadas taxas de expertise. A diversidade de conhecimento assegura melhores resultados, por reduzir os erros relacionados às análises de conteúdo (Lopes; Silva, 2016).

Para esse teorema, a previsão coletiva é mais precisa do que qualquer uma das previsões individuais. A explicação para isso pode ser encontrada na diversidade de previsões individuais. Quando um dos juízes prevê muito alto e o outro prediz muito baixo, os seus erros não se cancelam completamente e sim tornam-se menos graves (Ferreira, 2017).

No processo de análise dos julgamentos, o modelo da sabedoria coletiva utiliza o conceito de diversidade preditiva para quantificar as relações entre os julgamentos do grupo e as avaliações individuais. Assim, baseia-se na probabilidade individual dos participantes do grupo durante a inferência. Desse modo, a avaliação de um componente sobre um indicador clínico refere quanto o juiz considera aquele item relevante e/ou adequado para o fenômeno em estudo (Lopes; Silva, 2016).

A pesquisa baseada na ideia de sabedoria coletiva rotineiramente atribui a superioridade das médias da coletividade sobre os julgamentos individuais à eliminação do ruído individual, uma explicação que assume a independência dos julgamentos individuais uns dos outros. Assim, a coletividade tende a tomar as melhores decisões se for constituída por diversas opiniões e ideologias. Portanto, quando a diversidade de um grupo é grande, o erro da coletividade é pequeno (Ferreira, 2017).

Uma vez que os itens são avaliados pelos juízes, analisa-os mediante Índice de Validade de Conteúdo (IVC), comumente empregado em pesquisas na área da saúde. O IVC propõe-se medir a proporção de juízes que apresentam concordância em relação a determinados itens de um instrumento. Inicialmente essa análise é feita individualmente em cada item, e depois, em casos de instrumentos de medidas, é feita a análise como um todo. Tal índice emprega uma escala do tipo Likert para avaliar a relevância e representatividade dos itens, por meio de médias ponderadas, sendo as opções de respostas definidas pelo pesquisador (Fehring, 1987). Após essa etapa conclui-se a análise de conteúdo por juízes, verificando a adequação de cada item.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 GERAL

- Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários.

### 1.2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a adequação dos atributos essenciais, fatores etiológicos/antecedentes clínicos, indicadores clínicos/consequentes clínicos e definição do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários;
- Determinar a adequação das definições conceituais e operacionais dos atributos essenciais, indicadores clínicos/consequentes clínicos e fatores etiológicos/antecedentes clínicos desse diagnóstico na clientela universitária;
- Elaborar a estrutura do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários, conforme seguimento proposto pela taxonomia da NANDA Internacional.

## 1.3 MATERIAIS E MÉTODO

### 1.3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de análise de conteúdo da Teoria de Médio Alcance (TMA) do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários do curso de enfermagem, segundo o referencial de Lopes e Silva (2016). Essa etapa visa obter a opinião de juízes com experiência na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou sobrepeso e/ou saúde do adulto, quanto aos atributos essenciais, definição, indicadores clínicos (também denominados consequentes clínicos) e fatores etiológicos (também denominado antecedentes clínicos) construídos mediante Teoria de Médio Alcance. Reforça-se que a TMA foi desenvolvida por Carino (2021), em dissertação intitulada “Sobrepeso em adolescentes e adultos jovens: uma teoria de médio alcance”.

### 1.3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por profissionais da área da saúde que atuam no Brasil. A escolha desses juízes ocorreu mediante o método da sabedoria coletiva, por diminuir os erros associados à predição individual, uma vez que a maior diversidade de experiência entre os juízes assegura uma melhor precisão nas inferências quando comparado com todas as suposições individuais separadas ou mesmo das suposições isoladas (Lopes; Silva; Araújo, 2016).

Para o cálculo amostral, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por meio da fórmula:  $n_0 = (Z_{1-\alpha/2} \cdot S/e)^2$ . O nível de confiança ( $Z_{1-\alpha/2}$ ) adotado foi 95%, desvio padrão (S) de 0,17 e um erro amostral (e) de 5% (Lopes; Silva; Araújo, 2016). Dessa forma, obteve-se um total amostral de 48 juízes.

O processo de amostragem foi por conveniência. A captação e seleção dos participantes ocorreu mediante busca ativa de currículos cadastrados na plataforma Lattes, no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). A busca ocorreu no modo assunto, com as palavras chave: saúde do adulto *OR* saúde do adolescente *OR* processo de enfermagem *OR* diagnósticos de enfermagem *OR* hábitos de vida, e os campos preenchidos foram: doutores, demais pesquisadores e nacionalidade brasileira.

Foram incluídos discentes de graduação e profissionais da área da saúde com experiência na temática de processo de enfermagem e/ou diagnósticos de enfermagem e/ou

saúde do adolescente e/ou saúde do adulto e/ou hábitos de vida. Excluiu-se indivíduos sem correio eletrônico cadastrado para contato ou correio eletrônico.

### 1.3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a seleção dos juízes, enviou-se via correio eletrônico uma carta convite com esclarecimentos a respeito do estudo, juntamente com *link* de acesso ao instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B). Adotou-se a assinatura virtual do TCLE. Foram contactados por correio eletrônico 176 juízes, sendo estabelecido um prazo de 15 dias para devolução do material preenchido. Investiu-se 10 tentativas de contato com os selecionados. Em caso de recusa de participação ou correio eletrônico não funcionando, o participante era retirado automaticamente da lista. Do total de juízes contactados, 112 não responderam a carta-convite, 10 possuíam correio eletrônico não funcionando e seis recusaram participar, totalizando a amostra final de 48 juízes. Essa etapa ocorreu entre os meses de agosto e dezembro de 2022.

### 1.3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado na etapa de análise de conteúdo foi elaborado pela pesquisadora responsável, construído via *Google Docs Forms* e composto por duas partes (APÊNDICE C). A primeira parte continha dados de caracterização do juiz, tais como: idade, sexo, local de procedência, titulação, atuação profissional, experiência profissional, desenvolvimento de estudos na temática, utilização do processo de enfermagem na prática profissional, participação em grupo de pesquisa e participação em eventos científicos. A segunda parte continha a lista dos atributos essenciais, definição, antecedentes clínicos e consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso, elencados a partir da TMA (Carino, 2021), bem como suas respectivas definições conceituais e operacionais.

As respostas dos juízes foram direcionadas pela utilização de uma Escala de *Likert*, com variância entre os números 0 e 4. Ao responder, assinava-se zero (0) item não adequado; um (1) item pouco adequado; dois (2) item de algum modo adequado; três (3) item consideravelmente adequado; ou quatro (4) item adequado. Ao término de cada tópico, disponibilizou-se espaços para envio de sugestão e/ou comentários por extenso. O formulário permitia apenas envio único, assim, garantiu-se que cada juiz respondesse o item apenas uma vez.

Para este estudo, os juízes foram categorizados segundo níveis de expertise de acordo com a classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), que estabelecem cinco estágios: iniciante (1), iniciante avançado (2), competente (3), proficiente (4) e expert (5).

O juiz iniciante baseia seu julgamento no conhecimento teórico e no senso comum, sem precisar de experiência prévia. O iniciante avançado reconhece de maneira instintiva quando são apresentados a determinadas situações e consideram experiências prévias em situações reais. O competente utiliza-se de conhecimentos prévios, novas regras e raciocínio crítico para planejar ações. O proficiente toma decisões baseadas nas experiências reais, na intuição e no processo de raciocínio crítico, embora ainda não possua uma grande variedade de experiências. O expert possui maturidade e experiência prática em diferenciar situações, com capacidade de diferenciação mais sutil e refinada quando comparado ao juiz proficiente (Benner; Tanner; Chesla, 2009).

A estratificação do nível de expertise foi baseada na experiência profissional, tempo em grupo de pesquisa e produção de conhecimento científico de cada juiz, critérios elencados pela pesquisadora responsável e orientadora. Dessa forma, o nível de expertise foi obtido mediante uma média aritmética simples, a partir da fórmula:  $TEP + TGP + (T1 + T2 + T3) / 3$ , onde: TEP = Tempo de experiência profissional; TGP = Tempo de participação em grupo de pesquisa; T1 = Titulação; T2 = Desenvolvimento de estudos na temática; T3 = Utilização do PE na prática profissional. Os valores adotados para cada nível de expertise foram: 1- iniciante; 2- iniciante avançado; 3- competente; 4- proficiente; 5- expert.

Os resultados que apresentaram resultado final com números decimais acima de 0,5 foram arredondados para o nível de expertise seguinte. A classificação dos juízes é demonstrada no Quadro 2 a seguir.

**Quadro 2** - Pontuações atribuídas aos juízes. Natal, 2023.

Experiência profissional*		Participação em grupo de pesquisa*	
<b>0-5</b>	1	<b>0-2</b>	1
<b>6-10</b>	2	<b>3-4</b>	2
<b>11-15</b>	3	<b>5-6</b>	3
<b>16-20</b>	4	<b>7-8</b>	4

$\geq 21$	5	$\geq 9$	5
<b>Produção de conhecimento</b>			
<b>Titulação</b>		<b>Desenvolvimento de estudos na temática</b>	<b>Utilização do PE<sup>#</sup> na prática profissional</b>
<b>Graduado</b>	0	<b>Não</b>	0
<b>Especialista</b>	1	<b>Sim</b>	1
<b>Mestre</b>	2		
<b>Doutor</b>	3		

Fonte: dados da pesquisa; Lemos (2019). Legenda: \*tempo em anos; #processo de enfermagem.

### 1.3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilhas do *Microsoft Office Excel* versão 365 e analisados com o auxílio do software R versão 3.4.2 e SPSS versão 22.0 *for Windows*. Os dados foram apresentados por meio de estatística descritiva, por meio de medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, desvio padrão e intervalos interquartis) e cálculo das frequências (absolutas e percentuais). Aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk. para análise da normalidade, tendo em vista tamanho amostral inferior a 50 participantes.

A proporção de juízes que concordaram com os itens apresentados na etapa de análise de conteúdo foi obtida pelo cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (Fehring, 1987). Para tanto, utilizou-se o teste estatístico Wilcoxon, com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. O item foi considerado válido estatisticamente quando o IVC apresentou valor da mediana igual ou superior a 0,8 e/ou se os intervalos de confiança (IC) passassem por esse valor ou estivessem acima dele. O p-valor  $> 0,05$  foi adotado.

Os dados foram organizados em tabelas e quadros contendo os componentes do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso, visando nortear a execução da próxima etapa do estudo, a saber: a validação clínica.

### 1.3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob parecer 4.953.282, CAAE 48202221.6.0000.5537 (ANEXO A). Salienta-se que o início da coleta de dados ocorreu apenas após essa etapa.

### 1.3.7 FINANCIAMENTO

O presente estudo faz parte do projeto intitulado: “Tecnologias cuidativo-educacionais como ferramentas de intervenção para diagnósticos de enfermagem”, coordenado pela professora Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira e financiado por meio da bolsa produtividade em pesquisa do CNPq (Processo 306594/2020-0).

## 1.4 RESULTADOS

### 1.4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Dos juízes contactados (n=176), 112 não responderam a carta-convite (63,6%), 10 possuíam correio eletrônico não funcionante (5,6%) e seis recusaram participar da pesquisa (3,4%). Assim, a taxa de retorno do formulário respondido por correio eletrônico foi de 27,2% (n=48).

Compuseram a etapa de análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso um total de 48 juízes, em sua maioria enfermeiros (89,6%), do sexo feminino (85,4%), residentes no Rio Grande do Norte (62,5%), com mediana de idade de 32 anos. Em relação ao tempo de formação, observou-se uma mediana de 2,5 anos. Quanto ao tempo de experiência profissional, obteve-se uma mediana de 7,5 anos. A caracterização dos juízes quanto à sua experiência pessoal, clínica e acadêmica encontra-se na Tabela 1 a seguir.

**Tabela 1** - Caracterização dos juízes. Natal, 2023.

VARIÁVEL <sup>1</sup>	n	%	IC 95% <sup>§</sup>	
<b>Sexo</b>				
Feminino	41	85,4	65,2	95,8
Masculino	07	14,6	4,2	34,8
<b>Local de procedência *</b>				
Rio Grande do Norte	30	62,5	46,4	77,1
Ceará	05	10,4	0,6	20,8
Pernambuco	03	6,3	0,0	14,6
Minas Gerais	02	4,2	0,0	15,5
Maranhão	02	4,2	0,0	10,4
Rio Grande do Sul	02	4,2	0,0	10,4
Paraíba	02	4,2	0,0	8,3
Goiás	01	2,1	0,0	8,3
Rio de Janeiro	01	2,1	0,0	7,7
<b>Maior nível de formação obtida</b>				
Ensino médio completo	03	6,3	0,0	12,5

**Tabela 1 - Caracterização dos juízes. Natal, 2023.**

				(Continua)
Graduação	02	4,2	0,0	9,8
Especialização	05	1,4	4,2	23,8
Mestrado	18	37,5	24,1	50,0
Doutorado	18	37,5	21,1	53,0
Pós-doutorado	02	4,2	0,0	14,0
<b>Profissão</b>				
Enfermeiro	43	89,6	81,8	97,3
Estudante	02	4,2	0,0	10,4
Nutricionista	02	4,2	0,0	10,4
Educador físico	01	2,1	0,0	6,3
<b>Experiência profissional</b>				
Docência	26	54,2	39,3	72,9
Pesquisa	21	43,8	22,0	64,9
Assistência	17	35,4	22,9	50,9
<b>Uso do Processo de enfermagem na atuação profissional</b>				
Sim	41	85,4	75,0	95,8
<b>Desenvolvimento de estudos na temática</b>				
Diagnóstico de enfermagem	33	68,2	53,3	82,7
Processo de enfermagem	33	68,2	53,3	80,7
Saúde do adulto	32	66,7	52,7	80,7
Saúde do adolescente	07	14,6	6,8	24,4
<b>Participação em grupo de pesquisa<sup>#</sup></b>				
Processo de enfermagem	35	72,9	50,8	90,5
Saúde do adulto	19	39,6	22,6	61,3
Outro	16	33,3	17,3	48,8
Hábitos de vida	07	14,6	6,3	25,0
Saúde do adolescente	04	8,3	0,0	16,1
<b>Participação em evento científico<sup>#</sup></b>				
Processo de enfermagem	32	66,7	46,4	78,6
Saúde do adulto	24	50,0	36,0	68,2
Saúde do adolescente	03	6,3	,0	12,5
Hábitos de vida	06	12,5	4,2	22,9
Outro	20	41,7	25,6	60,7

**Tabela 1** - Caracterização dos juízes. Natal, 2023.

(Conclusão)

VARIÁVEL <sup>2</sup>	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	p-valor**
<b>Idade</b>	32,46	32	22	57	0,000
<b>Tempo de conclusão da graduação</b>	3,271	2,500	0	9	0,000
<b>Tempo de experiência profissional</b>	8,44	7,50	0	36	0,000

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: <sup>1</sup>variáveis qualitativas; <sup>§</sup>intervalo de confiança; <sup>\*</sup>estado da federação brasileira; <sup>#</sup>temática abordada; <sup>2</sup>variáveis quantitativas (em anos); <sup>\*\*</sup> teste de Shapiro-Wilk.

Evidenciou-se ainda que o nível de expertise dos juízes participantes da etapa de análise de conteúdo foi de 37,5% (n=18) iniciante avançado, 27,1% (n=13) competente, 25,0% (n=12) proficiente e 10,4% (n=5) expert.

#### 1.4.2 ANÁLISE DE CONTEÚDOS DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO

Os dados referentes à análise de conteúdo por juízes dos atributos essenciais e definição do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso estão apresentados na Tabela 2, a seguir.

**Tabela 2** - Análise de conteúdo dos Atributos essenciais e Definição. Natal, Brasil, 2023.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC			Teste de Wilcoxon	
	W	p-valor	Mediana	IC 95%		W	p-valor
<b>Índice de massa corporal intermediário</b>	0,68	0,000	0,88	0,75	1,00	765	0,970
Definição conceitual	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1122	1,000
Definição operacional	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1122	1,000
<b>Adulto jovem</b>	0,58	0,000	1,00	0,87	1,00	875	0,999
Definição conceitual	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	1113	1,000
Definição operacional	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	1113	1,000
<b>Definição diagnóstica</b>	0,76	0,000	0,87	0,75	0,88	650	0,744

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme dados da Tabela 2, a partir da aplicação do teste de Shapiro-Wilk, os itens avaliados apresentaram distribuição assimétrica (p-valor < 0,05) e, devido a isso, utilizou-se o valor da mediana para estimativa da validade de conteúdo.

Todos os itens avaliados pelos juízes foram considerados válidos. As sugestões feitas foram agrupadas em um quadro sinóptico, a fim de facilitar a compilação das informações que seriam utilizadas para as modificações da redação das etiquetas e/ou definições. Embora os resultados dos testes estatísticos não tenham indicado a necessidade de as reformular, decidiu-se confrontá-las com a literatura que circunscreve a temática sobrepeso e, em caso de convergência com a literatura, essas sugestões foram acatadas.

O item Índice de massa corporal intermediário foi reformulado quanto à etiqueta e definições após as sugestões dos juízes e confronto com a literatura. Identificou-se que o parâmetro não era o indicador mais acurado para evidenciar sobrepeso em uma clientela, por não levar em conta a composição corporal do indivíduo. Assim, após modificação na etiqueta o atributo essencial tornou-se Excesso inicial de gordura corporal, sendo mensurado pelo Índice de Conicidade, Índice de Massa Corporal (IMC), Massa de Gordura Corporal por Balança de Bioimpedância e Gordura Corporal por Cálculo de Dobras Cutâneas.

O item Adulto jovem foi excluído dos atributos essenciais, após etapa de análise de conteúdo e confronto com a literatura científica pertinente. Percebeu-se que não havia consenso na literatura quanto a idade a ser considerada, bem como a dificuldade em padronizá-la para a clientela de universitários, fator que poderia dificultar a mensuração do atributo.

As etiquetas e definições foram reformuladas a fim de torná-las mais compreensíveis e facilitar a mensuração do respectivo fator. Destarte, alguns itens se mantiveram em sua conformação inicial, por não terem tido nenhuma sugestão de melhoria pelos juízes. Após modificação dos atributos essenciais, notou-se necessidade de modificar a definição do diagnóstico de enfermagem, a fim de possibilitar maior clareza e adequação ao item. O Quadro 3 apresenta os itens após avaliação dos juízes e reformulação.

**Quadro 3** - Atributo essencial e definição do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso após análise de conteúdo. Natal, 2023.

<b>ATRIBUTO ESSENCIAL</b>	
<b>Excesso inicial de gordura corporal*</b>	
Definição conceitual: Índice de massa corporal (IMC) variando entre 25,0 kg/m <sup>2</sup> e 29,9 kg/m <sup>2</sup> (Organização Mundial da Saúde, 2020, p. 2).	Definição conceitual reformulada: Excesso inicial de gordura armazenada sob a região do tronco, camadas mais profundas do abdômen e acima dos músculos (Bray, 2004; Almeida; Almeida; Araújo, 2009).

<p>Definição operacional: Calcular o IMC do indivíduo. O índice é calculado da seguinte maneira: divide-se o peso do participante pela sua altura elevada ao quadrado. Em caso de um resultado entre 25 kg/m<sup>2</sup> e 29 kg/m<sup>2</sup>, o item avaliado estará presente.</p>	<p>Definição operacional reformulada: Calcular o Índice de Conicidade, Índice de Massa Corporal (IMC), Massa de Gordura Corporal por Balança de Bioimpedância e Gordura Corporal por Cálculo de Dobras Cutâneas do indivíduo. Indicará excesso inicial de gordura corporal: Índice de Conicidade <math>\geq 1,18</math> para mulheres e <math>\geq 1,25</math> para homens; Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 kg/m<sup>2</sup> e 29 kg/m<sup>2</sup>; Massa de Gordura Corporal por Balança de Bioimpedância 33,0% a 38,9% para mulheres e 20,0% a 24,9% para homens; Gordura Corporal por Cálculo de Dobras Cutâneas 24,0% a 31,0% para mulheres e 16,0% a 24,0% para homens. Em caso de dois ou mais formas de avaliação alteradas, o item avaliado estará presente. (Jackson; Pollock, 1978; Valdez, 1991; Organização Mundial Da Saúde, 1995; Omron Healthcare, 2014; Arruda Neta et al., 2017).</p>
<b>DEFINIÇÃO</b>	
<p>Anterior: Índice de massa corporal intermediário, superior ao esperado para a idade do adulto jovem.</p>	<p>Reformulada: Excesso inicial de gordura corporal indicado pelo índice de conicidade, índice de massa corporal, massa de gordura corporal por balança de bioimpedância e/ou gordura corporal por cálculo de dobras cutâneas alterados para peso, altura e sexo biológico.</p>

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: \*item com etiqueta reformulada a partir da sugestão dos juízes, em consistência com a literatura.

### 1.4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDOS DOS ANTECEDENTES CLÍNICOS/FATORES ETIOLÓGICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO

Os dados referentes à análise de conteúdo por juízes dos antecedentes clínicos/fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso estão apresentados na Tabela 3, a seguir.

**Tabela 3** - Análise de conteúdo dos antecedentes clínicos. Natal, Brasil, 2023.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC			Teste de Wilcoxon	
	W	p-valor	Mediana	IC 95%		W	p-valor
<b>Baixa qualidade de sono</b>	0,35	0,000	1,00	1,00	1,00	1032	1,000
Definição conceitual	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	987	1,000
Definição operacional	0,41	0,000	1,00	1,00	1,00	1066	1,000
<b>Sedentarismo</b>	0,20	0,000	1,00	1,00	1,00	1173	1,000
Definição conceitual	0,41	0,000	1,00	1,00	1,00	1066	1,000
Definição operacional	0,26	0,000	1,00	1,00	1,00	1080	1,000

**Tabela 3** - Análise de conteúdo dos antecedentes clínicos. Natal, Brasil, 2023.

(Conclusão)

<b>Estresse</b>	0,52	0,000	1,00	0,88	1,00	1083	1,000
Definição conceitual	0,50	0,000	1,00	1,00	1,00	1053	1,000
Definição operacional	0,57	0,000	1,00	0,87	1,00	910	1,000
<b>Etilismo</b>	0,39	0,000	1,00	1,00	1,00	1029	1,000
Definição conceitual	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1078	1,000
Definição operacional	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	1071	1,000
<b>Hábitos alimentares inadequados</b>	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1078	1,000
Definição conceitual	0,44	0,000	1,00	1,00	1,00	980	1,000
Definição operacional	0,35	0,000	1,00	1,00	1,00	1075	1,000
<b>Histórico pessoal e/ou familiar de excesso de peso</b>	0,26	0,000	1,00	1,00	1,00	1170	1,000
Definição conceitual	0,20	0,000	1,00	1,00	1,00	1173	1,000
Definição operacional	0,48	0,000	1,00	1,00	1,00	1131	1,000
<b>Menarca anterior aos 12 anos</b>	0,64	0,000	0,88	0,87	1,00	825	0,994
Definição conceitual	0,34	0,000	1,00	1,00	1,00	1075	1,000
Definição operacional	0,25	0,000	1,00	1,00	1,00	1080	1,000
<b>Renda domiciliar moderada</b>	0,73	0,000	0,87	0,75	1,00	630	0,673
Definição conceitual	0,48	0,000	1,00	1,00	1,00	936	1,000
Definição operacional	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	1025	1,000
<b>Residir em área urbana</b>	0,51	0,000	1,00	0,88	1,00	1007	1,000
Definição conceitual	0,34	0,000	1,00	1,00	1,00	1075	1,000
Definição operacional	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1078	1,000
<b>União estável</b>	0,70	0,000	0,87	0,75	1,00	609	0,590
Definição conceitual	0,49	0,000	1,00	1,00	1,00	975	1,000
Definição operacional	0,53	0,000	1,00	0,88	1,00	893	1,000
<b>Sexo feminino</b>	0,43	0,000	1,00	1,00	1,00	984	1,000
Definição conceitual	0,20	0,000	1,00	1,00	1,00	1173	1,000
Definição operacional	0,20	0,000	1,00	1,00	1,00	1173	1,000
<b>Uso de drogas obesogênicas</b>	0,26	0,000	1,00	1,00	1,00	1035	1,000
Definição conceitual	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1078	1,000

Definição operacional	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1078	1,000
<b>Vínculo acadêmico ativo</b>	<b>0,60</b>	<b>0,000</b>	<b>1,00</b>	<b>0,75</b>	<b>1,00</b>	<b>770</b>	<b>0,97</b>
Definição conceitual	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	945	1,000
Definição operacional	0,27	0,000	1,00	1,00	1,00	1035	1,000

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme mostrado na Tabela 3, a partir da aplicação do teste de Shapiro-Wilk, os 13 antecedentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso avaliados apresentaram distribuição assimétrica ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) e, devido a isso, utilizou-se o valor da mediana para estimativa da validade de conteúdo.

Todos os itens avaliados foram considerados válidos. Embora os resultados dos testes estatísticos não tenham indicado a necessidade de reformular os itens, decidiu-se confrontar as sugestões dos juízes com a literatura que circunscreve a temática sobrepeso e, em caso de convergência, acatá-las.

O item “Estresse” foi reformulado quanto à etiqueta após etapa de análise de conteúdo e confronto com a literatura pertinente. Identificou-se a amplitude do termo, envolvendo fatores biológicos, físicos, emocionais e comportamentais, o que poderia dificultar a inferência clínica e associação com o sobrepeso. Assim, após modificação na etiqueta o antecedente clínico tornou-se “Alimentação induzida pelo estresse”, concordando com as definições já estabelecidas.

O item “Etilismo” foi reformulado quanto à etiqueta após etapa de análise de conteúdo e confronto com a literatura. Acatou-se a sugestão dos juízes, já que desordens constantes de uso de bebida alcoólica contribuem para o excesso de peso. Assim, após modificação na etiqueta o antecedente clínico tornou-se “Uso abusivo de bebida alcóolica”, concordando com as definições já estabelecidas.

O item “Hábitos alimentares inadequados” foi reformulado quanto à etiqueta após etapa de análise de conteúdo e confronto com a literatura. Observou-se pouca especificidade do rótulo, tendo em vista a necessidade de distinção entre desequilíbrio energético e rotina alimentar. Assim, acatou-se a sugestão dos juízes, modificando-se a etiqueta do antecedente clínico para “Consumo excessivo de calorias”, concordando com as definições já estabelecidas.

“Histórico de comportamento alimentar restritivo”, anteriormente visto como consequente clínico, passou a compor a lista de antecedentes clínicos após análise de conteúdo e análise da literatura, sob etiqueta “Comportamento alimentar inadequado”. A mudança foi decorrente das evidências clínicas de que um comportamento alimentar inadequado prolongado favorece o ganho de gordura corporal.

Destarte, separou-se o item “Histórico pessoal e/ou familiar de excesso de peso” em dois antecedentes clínicos distintos, mediante análise da literatura. Tem-se, portanto, “Histórico pessoal de excesso de peso” e “Histórico familiar de excesso de peso”, sendo construído suas definições conceituais e operacionais conforme sugestão dos juízes.

“Renda domiciliar moderada” também sofreu alteração após etapa de análise de conteúdo e confronto com a literatura. Acredita-se que além do valor familiar mensal, o número de indivíduos residentes no domicílio contribui para a presença do antecedente clínico. Portanto, a etiqueta “Renda per capita igual ou inferior a R\$660,00” é mais adequada. Construiu-se definições conceituais e operacionais conforme sugestão dos juízes.

O antecedente clínico “União estável”, embora tenha sido considerado como relevante a partir do cálculo do IVC, com mediana igual a 0,87, foi reformulado na etapa seguinte do estudo, pois foi julgado pelos juízes como pouco preciso. Tem-se “Relação conjugal” como nova etiqueta do antecedente clínico, bem como suas definições conceitual e operacional.

Por fim, “Vínculo acadêmico ativo” tornou-se “Dificuldade na adaptação acadêmica” pós etapa de análise de conteúdo e confronto com a literatura, sendo modificadas etiqueta e definições. Acatou-se a sugestão dos juízes, evidenciando que o termo anterior é genérico e pouco específico para a clientela do estudo, uma vez que é a dificuldade de adaptação à rotina universitária que leva ao consumo inadequado ou excessivo de alimentos. Assim o Quadro 4 apresenta os itens após avaliação dos juízes e reformulação.

**Quadro 4** - Antecedentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso após análise de conteúdo. Natal, 2023.

<b>ANTECEDENTES CLÍNICOS</b>	
<b>Baixa qualidade de sono</b>	
Definição conceitual: Ocorre quando o indivíduo apresenta uma média inferior a sete a oito horas de sono, em 24 horas, com mais de 5% de despertares noturnos (Rodríguez-Barrionuevo; Rodríguez-Vives; Bauzano-Poley, 2000).	Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto às horas de sono noturnas e a sensação de descanso por meio da aplicação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam distúrbio do sono. Utilizar-se-á também a Escala de

	<p>Sonolência de Epworth, a fim de medir a sonolência diurna dos participantes. Pontuações de 1 - 6 pontos indicam sono normal, de 7 - 8 pontos uma sonolência média e de 9 - 24 pontos uma sonolência anormal (possivelmente patológica). Quando o escore global for igual ou superior a 5 para Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e igual ou superior a 7 para a Escala de Sonolência de Epworth, o item avaliado estará presente (Berger <i>et al.</i>, 2005; Passos <i>et al.</i>, 2017).</p>
<p><b>Sedentarismo</b></p>	
<p>Definição conceitual: Frequência de atividade física semanal inferior a duas vezes por semana e tempo de atividade física aeróbica inferior a 150 minutos para exercícios moderados ou 75 minutos para os de vigor intenso (Organização Mundial da Saúde, 2020).</p>	<p>Definição operacional: Questionar o indivíduo sobre os minutos, intensidade e frequência gastos com atividade física, por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – forma curta. Caso não realize atividade física ou relate valores inferiores aos preconizados, o item avaliado estará presente (Matsudo <i>et al.</i>, 2001).</p>
<p><b>Alimentação induzida pelo estresse*</b></p>	
<p>Definição conceitual: Ato do indivíduo se sentir melhor comendo ou bebendo em resposta a estímulos estressantes (Zellner; Saito; Gonzalez, 2007; Matos; Ferreira, 2021).</p>	<p>Definição operacional: Questionar o indivíduo se a sua ingesta alimentar sofre aumento em situações de estresse cotidiano, por meio do Questionário de Apetite Emocional. Em caso de pontuação total superior a 110, o item avaliado estará presente (Sabry <i>et al.</i>, 2020).</p>
<p><b>Uso abusivo de bebida alcoólica*</b></p>	

<p>Definição conceitual: Consumo diário de álcool superior a 30 gramas (Reisdorfer <i>et al.</i>, 2012; Organização Mundial da Saúde, 2003).</p>	<p>Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto a quantidade (ml) consumida de álcool diariamente. Em caso de um valor superior a 30 gramas, correspondendo a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 50 ml de destilado, o item avaliado estará presente (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2014).</p>
<p><b>Comportamento alimentar inadequado*</b></p>	
<p>Definição conceitual: Comportamento de pessoas com excesso de peso baseado em alimentação restritiva, comportamentos bulímicos e internalização do ideal da magreza (Menzel <i>et al.</i>, 2010).</p>	<p>Definição conceitual reformulada: Atitudes patogênicas de manutenção ou alteração do peso corporal como: autoindução de vômitos, restrição alimentar patológica e uso de diuréticos/laxativos para a redução de peso. (Leal <i>et al.</i>, 2013; Santana <i>et al.</i>, 2017).</p>
<p>Definição operacional: Questionar se o indivíduo é adepto de dietas restritivas ou sem orientação profissional levando a sucessivas tentativas de perda de peso, bem como histórico de compulsão alimentar, bulimia e/ou hipervalorização do corpo ideal, por meio do Questionário sobre Padrões de Peso e Alimentação para Adolescentes (Siqueira; Colares; Ximenes, 2015). Em caso positivo para três ou mais questionamentos, o item avaliado estará presente.</p>	<p>Definição operacional reformulada: Será utilizado o <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT), validado e traduzido por Bighetti (2003), composto por 26 questões. Os itens estão distribuídos em três subescalas, cada uma correspondendo a um atributo do comportamento alimentar de risco para os transtornos alimentares. Caso a soma dos pontos seja maior ou igual a 20, o item avaliado estará presente.</p>
<p><b>Consumo excessivo de calorias*</b></p>	
<p>Definição conceitual: Caracteriza-se pelo desequilíbrio energético entre as calorias ingeridas e as utilizadas metabolicamente,</p>	<p>Definição operacional: Questionar a alimentação do indivíduo, baseado no Questionário de frequência de hábitos</p>

<p>devido ao maior consumo de alimentos com alto teor energético (Astrup; Brand-Miller, 2012; Organização Mundial da Saúde, 2013).</p>	<p>alimentares adaptado do Ministério da Saúde. Caso observado a ausência de rotina alimentar; a preferência pelo consumo de carboidratos, alimentos açucarados e adição de sal às refeições; dieta pobre em frutas, legumes ou verduras; peso corporal aumentado; e/ou tempo de atividade física inadequado, o item avaliado estará presente (Brasil, 2006; Couto <i>et al.</i>, 2014).</p>
<p><b>Histórico pessoal de excesso de peso</b></p>	
<p>Definição conceitual: Histórico pessoal e/ou familiar de excesso de gordura corporal em relação à massa magra, determinada por fatores genéticos, comportamentais, ambientais e culturais (Coradini; Moré; Sherer, 2017).</p>	<p>Definição conceitual reformulada: Histórico pessoal de excesso de peso corporal (Coradini; Moré; Sherer, 2017).</p>
<p>Definição operacional: Questioná-lo sobre o seu excesso de peso na infância e/ou adolescência e/ou histórico dos parentes de primeiro e/ou segundo grau ascendente e/ou descendente com excesso de peso. Caso relate excesso de peso pessoal e/ou familiar, o item avaliado estará presente.</p>	<p>Definição operacional reformulada: Questioná-lo sobre o seu excesso de peso na infância e/ou adolescência e/ou fase adulta. Caso relate histórico de excesso de peso pessoal, o item avaliado estará presente.</p>
<p><b>Histórico familiar de excesso de peso</b></p>	
<p>Definição conceitual: Histórico pessoal e/ou familiar de excesso de gordura corporal em relação à massa magra, determinada por fatores genéticos, comportamentais, ambientais e culturais (Coradini; Moré; Sherer, 2017).</p>	<p>Definição conceitual reformulada: Histórico de parentes de primeiro e/ou segundo grau ascendente e/ou descendente com excesso de peso corporal (Lopes, 2022).</p>

Definição operacional: Questioná-lo sobre o seu excesso de peso na infância e/ou adolescência e/ou histórico dos parentes de primeiro e/ou segundo grau ascendente e/ou descendente com excesso de peso. Caso relate excesso de peso pessoal e/ou familiar, o item avaliado estará presente.	Definição operacional reformulada: - Questioná-lo sobre histórico dos parentes de primeiro e/ou segundo grau ascendente e/ou descendente com excesso de peso. Caso relate histórico de excesso de peso familiar, o item avaliado estará presente.
<b>Menarca anterior aos 12 anos</b>	
Definição conceitual: Quando a menarca, que é a primeira menstruação, ocorre antes dos 12 anos de idade (Costa; Gualda, 2008).	Definição operacional: Questionar a mulher sobre a idade da sua menarca. Caso tenha ocorrido antes dos 12 anos, o item avaliado estará presente.
<b>Renda per capita igual ou inferior a R\$660,00*</b>	
Definição conceitual: Total de renda média familiar igual ou superior a 9 salários mínimos, equivalente à classe média, tendo em vista o valor do salário mínimo em 2022 igual a R\$ 1.212,00 (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2021).	Definição conceitual reformulada: Renda mensal por pessoa da família equivalente a até meio salário mínimo, tendo em vista o valor do salário mínimo em 2023 (Brasil, 2023).
Definição operacional: Coletar informações acerca da renda declarada total dos membros da família. Em caso igual ou superior ao estimado, o item avaliado estará presente.	Definição operacional reformulada: Coletar informações acerca da renda per capita dos membros da família. Em caso igual ou inferior ao estimado, o item avaliado estará presente.
<b>Residir em área urbana</b>	
Definição conceitual: Moradia localizada em unidade territorial que corresponde ao ajustamento do perímetro urbano, consagrado nos instrumentos jurídicos de ocupação de	Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto ao endereço da sua moradia. Caso esteja localizada em área urbana, o item avaliado estará presente.

solos para a povoação com categoria de cidade (Instituto Nacional de Estatística, 2014).	
<b>Relação conjugal*</b>	
Definição conceitual: É considerada união estável a relação de convivência entre duas pessoas, a qual é duradoura e foi estabelecida com a finalidade de constituir família (Brasil, 2002).	Definição conceitual reformulada: Processo organizacional complexo, contínuo e dinâmico entre dois ou mais indivíduos que constroem uma identidade conjugal. Tem o objetivo de conviver e construir experiências cotidianas conjuntas (Porreca, 2019).
Definição operacional: Questionar o indivíduo sobre sua vida conjugal. Caso esteja em um relacionamento fixo, o item avaliado estará presente.	Definição operacional reformulada: Questionar o indivíduo sobre sua situação conjugal. Caso esteja em um relacionamento fixo, o item avaliado estará presente.
<b>Sexo feminino</b>	
Definição conceitual: Corresponde ao indivíduo do sexo feminino, que apresenta dois cromossomos sexuais X (Araújo, 2016).	Definição operacional: Verificar durante o preenchimento do questionário a opção marcada pelo indivíduo: masculino ou feminino. Em caso da opção “feminino”, o item avaliado estará presente.
<b>Uso de drogas obesogênicas</b>	
Definição conceitual: Uso de fármacos com tendência à indução de peso e desordens metabólicas, como por exemplo corticóides, antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos (Schmitz; Kreutz; Suyenaga, 2015).	Definição operacional: Questionar o indivíduo sobre fármacos ingeridos diariamente, de maneira contínua (sem data para término do tratamento). Caso relate uso de drogas obesogênicas, o item avaliado estará presente.
<b>Dificuldade na adaptação acadêmica*</b>	

Definição conceitual: Refere-se ao ingresso no ensino superior, responsável por implementar um senso de identidade autônomo, por meio da escolha profissional (Teixeira <i>et al.</i> , 2008).	Definição conceitual reformulada: Inadequação a situações relacionadas à entrada e permanência na vida acadêmica (Carleto <i>et al.</i> , 2018; Ariño; Bardagi, 2018).
Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto ao seu curso e semestre acadêmico. Caso esteja matriculado em alguma instituição de ensino, o item avaliado estará presente.	Definição operacional reformulada: Questionar se o indivíduo possui algum tipo de dificuldade na adaptação à vida acadêmica e quais seriam essas dificuldades. Em caso afirmativo, o item avaliado estará presente.

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: \*item com etiqueta reformulada a partir da sugestão dos juízes, em consistência com a literatura.

#### 1.4.4 ANÁLISE DE CONTEÚDOS DOS CONSEQUENTES CLÍNICOS/INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO

Os dados referentes à análise de conteúdo pelos juízes dos consequentes clínicos/indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso estão apresentados na Tabela 4 a seguir.

**Tabela 4** - Análise de conteúdo dos consequentes clínicos. Natal, 2023.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC			Teste de Wilcoxon	
	W	p-valor	Mediana	IC 95%	W	p-valor	
<b>Autopercepção de saúde negativa</b>	0,26	0,000	1,00	1,00	1,00	1170	1,000
Definição conceitual	0,20	0,000	1,00	1,00	1,00	1173	1,000
Definição operacional	0,13	0,000	1,00	1,00	1,00	1175	1,000
<b>Histórico de comportamento alimentar restritivo</b>	0,42	0,000	1,00	1,00	1,00	943	1,000
Definição conceitual	0,43	0,000	1,00	1,00	1,00	984	1,000
Definição operacional	0,39	0,000	1,00	1,00	1,00	1029	1,000
<b>Distúrbios metabólicos</b>	0,26	0,000	1,00	1,00	1,00	1125	1,000
Definição conceitual	0,26	0,000	1,00	1,00	1,00	1125	1,000
Definição operacional	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1166	1,000
<b>Excesso de peso</b>	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	1071	1,000
Definição conceitual	0,20	0,000	1,00	1,00	1,00	1127	1,000

**Tabela 4** - Análise de conteúdo dos consequentes clínicos. Natal, 2023.

							(Conclusão)
Definição operacional	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1122	1,000
<b>Insatisfação com a imagem corporal</b>	0,47	0,000	1,00	1,00	1,00	1060	1,000
Definição conceitual	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	1113	1,000
Definição operacional	0,26	0,000	1,00	1,00	1,00	1170	1,000
<b>Pressão arterial aumentada</b>	0,39	0,000	1,00	1,00	1,00	1155	1,000
Definição conceitual	0,13	0,000	1,00	1,00	1,00	1175	1,000
Definição operacional	0,53	0,000	1,00	0,88	1,00	817	0,994
<b>Saúde mental prejudicada</b>	0,38	0,000	1,00	1,00	1,00	1066	1,000
Definição conceitual	0,40	0,000	1,00	1,00	1,00	1071	1,000
Definição operacional	0,31	0,000	1,00	1,00	1,00	1122	1,000

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme mostrado na Tabela 4, a partir da aplicação do teste de Shapiro-Wilk, os sete consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso avaliados apresentaram distribuição assimétrica ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) e, devido a isso, utilizou-se o valor da mediana para estimativa da validade de conteúdo.

Todos os itens analisados foram considerados válidos. Embora os resultados não tenham indicado a necessidade de reformulá-los, confrontou-se as sugestões dos juízes com a literatura que circunscreve a temática sobrepeso e, em caso de convergência, foram acatadas.

Após validação dos juízes e análise na literatura, o item “Histórico de comportamento alimentar restritivo”, foi considerado antecedente clínico, passando a ter rótulo “Comportamento alimentar inadequado” e sofrendo modificações nas suas definições conceitual e operacional. Tal fato repetiu-se no item “Excesso de peso”, o qual foi considerado atributo essencial, passando a ter rótulo “Excesso de gordura corporal” e sofrendo modificações nas suas definições conceitual e operacional.

No tocante ao item “Pressão arterial aumentada”, modificou-se a definição operacional. A literatura aponta que apenas uma medição pontual não caracteriza o quadro clínico almejado, para tanto, o questionamento sobre o diagnóstico clínico progresso de Hipertensão arterial sistêmica e uso de medicamento anti-hipertensivo torna-se mais fidedigno. A definição conceitual foi mantida sem alterações.

Por fim, “Saúde mental prejudicada” apresentou reformulação de rótulo para “Saúde emocional prejudicada”. Após análise na literatura, acatou-se a sugestão dos especialistas, por considerar que a presença de fatores psicoemocionais é mais sugestiva ao diagnóstico de enfermagem Sobrepeso do que diagnósticos clínicos psiquiátricos. As definições conceitual e

operacional foram modificadas. O Quadro 5 apresenta os itens após validação dos juízes e reformulação.

**Quadro 5** - Consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso após análise de conteúdo. Natal, 2023.

<b>CONSEQUENTES CLÍNICOS</b>	
<b>Autopercepção de saúde negativa</b>	
Definição conceitual: Constitui um indicador subjetivo da percepção do indivíduo sobre a própria saúde, como aspectos relacionados ao bem-estar e a insatisfação com a própria vida (Aguilar-Palacio; Carrera-Lasfuentes; Rabanaque, 2015).	Definição operacional: Aplicação do questionário EQ-5D e escala visual analógica EVA (Ferreira; Ferreira; Pereira, 2013). No caso de valor inferior a 0,5 no questionário e inferior a 50 na escala visual, o item estará presente.
<b>Distúrbios metabólicos</b>	
Definição conceitual: Refere-se aos distúrbios que produzem alterações no metabolismo de lipídios, glicose e insulina (Scarsella; Després, 2003; Silva <i>et al.</i> , 2008).	Definição operacional: Questionar se o indivíduo possui Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Disfunção da tireoide, Doenças cardiovasculares, e/ou Intolerância à lactose. Em caso positivo para um desses fatores, o item avaliado estará presente.
<b>Insatisfação com a imagem corporal</b>	
Definição conceitual: Insatisfação dos adolescentes e adultos jovens com o peso, a altura e diferentes áreas do corpo, o que gera sentimentos negativos, no qual o indivíduo sofre em relação ao corpo considerado ideal e o atual (Leme; Philippi, 2013).	Definição operacional: Questionar os indivíduos quanto à presença de sentimentos de negatividade corporal e autodepreciativos associados à autoimagem por meio da Escala de Silhuetas Stunkard (Stunkard; Sorensen; Schulsinger, 1983). Em caso de desejo de uma silhueta corporal mais magra, o item avaliado estará presente.

<b>Pressão arterial aumentada</b>	
Definição conceitual: Condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, atingindo pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg (Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010).	
Definição operacional: Verificar a PA do indivíduo no início e no final do preenchimento do questionário, a fim de calcular a média aritmética, equivalente ao quadro de Hipertensão arterial sistêmica. Em caso positivo, a característica estará presente.	Definição operacional reformulada: Questionar o indivíduo sobre o uso de medicamentos anti-hipertensivos, correspondente ao quadro de Hipertensão arterial sistêmica. Em caso positivo, a característica estará presente.
<b>Saúde emocional prejudicada*</b>	
Definição conceitual: É a ausência do estado de bem-estar, no qual o indivíduo não exprime as suas capacidades, enfrenta os estressores normais da vida, trabalha produtivamente e de modo frutífero, e/ou contribui para a sua comunidade (Organização Mundial da Saúde, 2002).	Definição conceitual reformulada: Ausência do estado de bem-estar, em que o indivíduo não consegue manter o equilíbrio emocional frente às dificuldades diárias, apresentando dificuldades para lidar com fatores estressantes, trabalhar produtivamente e contribuir com a sociedade (Almeida <i>et al.</i> , 2020).
Definição operacional: Aplicar a Escala de ansiedade, depressão e estresse (EADS) de 21 itens (Martins <i>et al.</i> , 2019). Em caso de <i>score</i> superior a 10, o item avaliado estará presente.	Definição operacional reformulada: Aplicar a <i>Difficulties in emotion regulation scale</i> , distribuída em seis domínios (Gratz; Roemer, 2004; Coutinho <i>et al.</i> , 2010). Em caso de pontuação igual a 5 (aplica-se quase sempre a mim) em um ou mais eixos, o item avaliado estará presente.

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: \*item com etiqueta reformulada a partir da sugestão dos juízes, em consistência com a literatura.

#### 1.4.5 PROPOSIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO EM UNIVERSITÁRIOS

O diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários, desenvolvido a partir da TMA e da análise de conteúdo por juízes, é proposto seguindo a estrutura presente da taxonomia da NANDA Internacional (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021), conforme Quadro 6 a seguir.

**Quadro 6** - Diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários. Natal, 2023.

### **Domínio 2. Nutrição**

Classe 1. Ingestão

### **Sobrepeso**

Foco do diagnóstico: Sobrepeso

**Definição:** Excesso inicial de gordura corporal indicado pelo índice de conicidade, índice de massa corporal, massa de gordura corporal por balança de bioimpedância e/ou gordura corporal por cálculo de dobras cutâneas alterados para peso, altura e sexo biológico.

### **Características definidoras**

Autopercepção de saúde negativa  
Consumo excessivo de calorias  
Comportamento alimentar inadequado  
Excesso inicial de gordura corporal  
Insatisfação com a imagem corporal  
Saúde emocional prejudicada

### **Fatores relacionados**

Alimentação induzida pelo estresse  
Baixa qualidade de sono  
Dificuldade na adaptação acadêmica  
Menarca anterior aos 12 anos  
Sedentarismo  
Uso abusivo de bebida alcoólica

### **População em risco**

Sexo feminino  
Renda per capita igual ou inferior a R\$ 660,00  
Relação conjugal  
Residir em área urbana  
Histórico familiar de excesso de peso  
Histórico pessoal de excesso de peso

**Condições associadas**

Uso de drogas obesogênicas

Pressão arterial aumentada

Distúrbios metabólicos

Fonte: dados da pesquisa. Elaboração própria.

## 1.5 DISCUSSÃO

A etapa de análise de conteúdo é uma fase essencial para a construção de ferramentas de medição empírica (Beckstead, 2009), como observou-se no âmbito dos antecedentes clínicos e consequentes clínicos de um diagnóstico de enfermagem.

Quanto ao retorno aquém do esperado das cartas-convite direcionadas à apreciação do conteúdo e a dificuldade de alcançar o total da amostra, a literatura reforça essa mesma dificuldade (Silva; Montilha, 2021; Andrade *et al.*, 2022). Essa realidade, justifica-se pelo número reduzido de enfermeiros considerados *experts* na temática que envolve as taxonomias de enfermagem, acrescida da falta de tempo desses profissionais para a avaliação dos instrumentos referentes à validação. Tal fato acarreta na extensão do prazo de finalização (Lemos, 2019).

No presente estudo, a grande maioria dos juízes eram profissionais enfermeiros. Diferentemente de outros estudos de análise de conteúdo de diagnósticos de enfermagem (Lemos, 2019; Diniz, 2017; Ferreira, 2017; Moreira *et al.*, 2014), foram convidados outros profissionais da saúde (nutricionista, educador físico, estudante de graduação), mediante o domínio desses na área de sobrepeso, fato que agregou conhecimentos e novo olhar sobre os fatores elencados.

A tentativa de incluir outros profissionais da saúde como juízes ainda é incipiente (Silva, 2019), entretanto, acredita-se que um olhar integrado da equipe multiprofissional de saúde solidifica as discussões e amplia os resultados da análise de conteúdo.

Quanto a amostragem de juízes, observou-se uma constância em relação a estudos pgressos no quesito região de procedência; tempo de formação, desenvolvimento de estudos na temática e nível de expertise dos juízes (Pascoal, 2015; Diniz, 2017; Silva, 2019; Lemos, 2019).

Sobre a região de trabalho dos juízes, tem-se a região nordeste como predominante. Estudos realizados nos últimos nove anos corroboram com os achados dessa pesquisa (Mangueira, 2014; Silva, 2019; Souza, 2017), demonstrando mudança do cenário nacional, com crescente interesse dos centros localizados na região nordeste em desenvolver estudos envolvendo terminologias de enfermagem, em contraponto de grandes polos brasileiros localizados nas demais regiões nacionais (Souza, 2017).

A tríade tempo de formação, desenvolvimento de estudos na temática e nível de expertise dos juízes, influencia no nível de expertise dos juízes selecionados, pois quanto mais jovem, menor será o tempo de atuação e experiência prática. Acredita-se que a constância decorre do ingresso em cursos de pós-graduação cada vez mais precocemente por parte dos profissionais da área da saúde.

Na presente pesquisa, os juízes possuíam experiência profissional de, aproximadamente, oito anos. Lopes, Silva e Araújo (2012) apontam o tempo de experiência como um fator importante ao classificar um bom juiz, sendo cinco anos o período mínimo de experiência prática. Assim, percebe-se um nível adequado de conhecimento dos juízes participantes.

Salienta-se que um bom juiz perpassa além da atuação prática e inclui: titulação, conhecimento prévio e desenvolvimento de estudos sobre diagnósticos de enfermagem (Pompeo; Rossi; Paiva, 2014). A experiência simultânea em mais de um campo de atuação pode favorecer uma ampliação dos conhecimentos que serão utilizados para o julgamento do instrumento (Souza, 2017).

O presente estudo revelou predominância da área docente de atuação, seguida pela área da pesquisa, com enfoque na temática de diagnósticos de enfermagem. Em contrapartida, observa-se prevalente enfoque das áreas de ensino e assistência nas pesquisas pregressas (Silva, 2019; Souza, 2011; Souza, 2017). Acredita-se que a valorização de juízes atuantes na prática clínica decorre do uso dos diagnósticos de enfermagem diariamente, o que eleva o domínio temático desses juízes e favorece a realização de julgamentos robustos.

Os juízes, em sua maioria, foram classificados nos níveis: iniciante avançado e competente, os quais englobam profissionais que já possuem experiência prática considerável, o que permite maior compreensão dos dados para realizar os julgamentos (Benner; Tanner; Chesla, 2009). Ressalta-se que outros estudos de análise de conteúdo de DE também apresentaram esses níveis de expertise como os mais frequentes entre os juízes do estudo (Ferreira, 2017; Lemos, 2019; Silva, 2019; Souza, 2017). A abordagem da “sabedoria coletiva” ratifica a fidedignidade dos resultados, mesmo considerando que os juízes com alto nível de expertise não foram os mais frequentes neste estudo.

Todos os indicadores clínicos avaliados foram significativos estatisticamente, o que denota adequação desses elementos para a inferência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. A adequação ou exclusão dos elementos mediante sugestão, justifica-se pela ampla visão do tema por parte dos envolvidos, acatada pela pesquisadora responsável, mas sem sinalizar modificação substancial para inferência do diagnóstico de enfermagem na clientela do estudo.

Essa realidade foi vivenciada por pesquisas anteriores (Lemos, 2019; Silva, 2019; Leão, 2020), sem decorrer viés científico.

A partir da validação dos juízes, tornou-se possível a divisão em quatro eixos, a saber: características definidoras (indicadores clínicos/consequentes clínicos); fatores relacionados (fatores etiológicos/antecedentes clínicos); população em risco; condições associadas. Características definidoras relacionam-se aos sinais sintomas relacionados ao diagnóstico de enfermagem, ao passo que fatores relacionados são circunstâncias relacionadas ao evento que o influencia. Por sua vez, população em risco detêm indivíduos mais susceptíveis ao evento, e condições associadas os itens envolvidos no processo, mas não passíveis de modificação pelo enfermeiro (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

Assim, analisando as características definidoras, fatores relacionados, população em risco e condições associadas do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso, percebe-se que o consumo de alimentos com alta densidade energética e ricos em lipídios e carboidratos simples por si só, não consegue explicar a presença desse quadro clínico em adolescentes e adultos jovens, sendo fundamental a investigação de fatores biológicos, comportamentais e socioeconômicos (Lisowski *et al.*, 2019).

De fato, observa-se uma associação relevante entre o sobrepeso, local de habitação, renda per capita familiar, histórico familiar/pessoal de excesso de peso. Indivíduos de baixa renda residentes em regiões urbanas tendem a apresentar sobrepeso, vinculado a situações de subconsumo alimentar. O preço dos itens e a busca pela sensação duradoura de saciedade define a seleção dos alimentos. Recomendação essa perpassada de pai para filho (Ferreira; Magalhães, 2005; Ng *et al.*, 2014).

Tal problemática toma maiores proporções, quando associada à um comportamento sedentário. Adolescentes e adultos jovens dedicam tempo elevado para atividades de baixa intensidade, como assistir televisão e utilizar redes sociais, as quais associadas a uma dieta calórica aumenta exponencialmente o risco para sobrepeso (Araújo *et al.*, 2022).

No tocante aos fatores psicoemocionais, observa-se a alta frequência de distúrbios emocionais vinculados ao quadro de sobrepeso em adolescentes e adultos jovens. Estudos recentes corroboram com os achados da pesquisa, enfocando a influência de fatores de ordem mental-emocional no ganho de peso (Hruby; Hu, 2015; Finger; Oliveira, 2016; Wolff De-Matos; Machado; Hentschke, 2020).

Nesse cenário, a alimentação aparece como elemento de conforto para superação de dilemas, tensões e responsabilidades cotidianas. O controle inadequado do apetite e a

compulsão alimentar induzida pelo estresse diário dificultam o controle de peso corporal (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, 2016).

Indivíduos com histórico de dietas restritivas e repetidos fracassos na perda ou manutenção do peso, tendem a nutrir insatisfação com a imagem corporal, autopercepção de saúde negativa e saúde emocional prejudicada. Sendo esses mais frequentes no sexo biológico feminino (Finger; Oliveira, 2016).

A presença de distúrbios metabólicos também foi correlacionada a consequência do sobrepeso. Percebe-se a frequente associação do ganho de peso corporal com complicações de outros órgãos, sendo manifestada por Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Disfunção da Tireoide, Doenças Cardiovasculares e Intolerância à lactose (Scarella; Després, 2003; Silva *et al.*, 2008).

Weiping e Liu (2021) apontam a Diabetes Mellitus tipo 2 como principal consequência do sobrepeso, sendo essa condição desencadeadora de outras complicações cardiovasculares. Meldrum, Morris e Gumbone (2017) relatam que o mecanismo relacionado entre excesso de peso e diabetes ocorre devido à inflamação provocada pela ingesta calórica excessiva e acumulação de gordura, de forma a dessensibilizar as vias sinalizadoras de insulina.

Dessa forma, percebe-se o sobrepeso manifesta-se como fator de risco para demais doenças, corroborando para agravos em saúde. Santolin (2021) confirma esse achado, descrevendo que o excesso de gordura corporal é apontado como causa de morte desde suas primeiras aparições nos documentos de saúde pública mundial, devido a sua associação com demais doenças.

Reforça-se a utilização de diferentes testes para a inferência do sobrepeso, a saber: Índice de Conicidade, Índice de Massa Corporal (IMC), Massa de Gordura Corporal por Balança de Bioimpedância e Gordura Corporal por Cálculo de Dobras Cutâneas. Via de regra, o IMC tem sido amplamente utilizado para diagnosticar o quadro de sobrepeso, devido a simplicidade de sua utilização. Entretanto, estudos recentes demonstram que esse índice impossibilita analisar a composição corporal do indivíduo, tendo em vista sua limitação em determinar a composição proporcional do organismo avaliado (Miranda *et al.*, 2015). Assim, recomenda-se a utilização de mais de um teste ou preferência pelos que avaliam a composição corporal. No presente estudo, a alteração dos testes clínicos sinaliza o quadro de sobrepeso, como consequência de um consumo calórico superior ao gasto energético.

Assim, dada a natureza multicausal do excesso de peso, destaca-se o papel do profissional enfermeiro como conciliador entre as demandas de saúde e o cotidiano individual, com base em consultas especializadas e direcionadas. A anamnese e o exame físico são

essenciais para prevenir ou identificar o excesso de peso, bem como planejar os cuidados, avaliando os sinais e sintomas do cliente (Fernandes, 2018).

Vieira *et al.* (2015) e Braga *et al.* (2017) apontam a necessidade de sensibilização do enfermeiro quanto à sua responsabilidade no atendimento à clientela e no planejamento das ações. O aconselhamento em saúde avulta-se como norteador da promoção de hábitos de vida saudáveis, abordando temáticas de perda de peso, prática de atividade física e mudança no consumo alimentar.

Com base nos achados, tem-se nos indicadores clínicos um facilitador do processo assistencial, proporcionando uma inferência diagnóstica adequada, bem como a proposição precoce de intervenções. Faz-se necessário a etapa de validação clínica para estabelecimento dos indicadores clínicos mais acurados para a clientela de adolescentes e adultos jovens universitários.

## 1.6 CONCLUSÃO

A etapa da análise de conteúdo permitiu averiguar a proporção de juízes que consideraram os elementos diagnósticos (atributos essenciais, definição, fatores etiológicos e indicadores clínicos) desse estudo relevantes, bem como analisar suas definições teóricas e operacionais. Todos os indicadores clínicos avaliados foram considerados significativos.

Outrossim, acatou-se as sugestões dos juízes, mediante a análise das pesquisadoras e da literatura pertinente. Quanto aos atributos essenciais, um item foi excluído e um modificado, fator que colaborou para a reformulação da definição diagnóstica. Ao passo que dentre os quinze antecedentes clínicos, sete tiveram seus rótulos e/ou definições modificadas. Já dentre os cinco consequentes clínicos, apenas um apresentou modificação no rótulo e/ou definição. Não foi excluído nenhum indicador clínico.

Dentre as principais dificuldades encontradas nessa etapa, destaca-se o acesso aos juízes, em decorrência do retorno aquém do esperado às cartas-convite direcionadas à apreciação do conteúdo, bem como a baixa adesão de profissionais da área da saúde além dos enfermeiros. Tais dificuldades acarretam no predomínio do nível de expertise iniciante avançado e proficiente, em detrimento do expert.

A indisponibilidade de tempo, principalmente entre enfermeiros com nível de expertise mais elevado, pode estar relacionada ao nível de expertise encontrado nesse estudo. Verificou-se que parcela significativa dos juízes havia desenvolvido estudos acerca de diagnósticos de enfermagem e atuavam na área docente, demonstrando envolvimento dos avaliadores com a temática do estudo.

Como limitações dessa etapa do estudo, tem-se o maior número de juízes da área da enfermagem, fato que limita a discussão multiprofissional. Destarte, sugere-se a continuidade do processo de validação diagnóstica, com a etapa de validação clínica dos indicadores clínicos elencados mediante a análise de conteúdo, com vistas a identificar os itens mais sensíveis e específicos na inferência desse diagnóstico na clientela de estudantes universitários.

---

**CAPÍTULO 2**  
**ANÁLISE DA ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DO**  
**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO EM UNIVERSITÁRIOS**

---

## 2.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A acurácia de um indicador clínico refere-se à capacidade desse em identificar de maneira correta a presença ou ausência de determinado diagnóstico de enfermagem (Lopes; Silva; Araújo, 2012). A subjetividade inerente a esse conjunto de diagnósticos gera maiores dificuldades para distingui-los e reconhecê-los, o que torna fundamental a elaboração de estudos sobre acurácia diagnóstica de suas características definidoras (Castro, 2018).

Os diagnósticos de enfermagem representam respostas humanas, dados subjetivos e particulares a cada indivíduo, o que as tornam complexas e suscetíveis a interpretações erradas. Assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro aprimore habilidades do pensamento crítico para aplicação do processo de inferência diagnóstica (Lunney, 2010).

A identificação de indicadores clínicos com boa predição para um diagnóstico específico aumenta a confiabilidade da inferência diagnóstica. Assim, a mensuração de medidas de acurácia baseadas em definições específicas e testes diagnósticos, subsidia o raciocínio diagnóstico e a habilidade do enfermeiro em classificar quem possui ou não um determinado diagnóstico de enfermagem (Zhou; Obuchowski; Mcclish, 2002; Lopes; Silva; Araújo, 2012).

Para estabelecer uma estrutura mais consistente de diagnósticos de enfermagem, estudos que enfocam a acurácia dos indicadores clínicos usando a abordagem do teste diagnóstico estão sendo desenvolvidos com mais frequência (Macedo, 2015; Fernandes, 2018; Lemos, 2019). Estudos nesse âmbito permitem precisão na tomada de decisões pelo enfermeiro, tornando a linguagem descrita pela NANDA Internacional mais acessível e igualitária aos profissionais da área (Mendes *et al.*, 2012).

Os estudos de validação clínica de diagnósticos de enfermagem têm sido, ao longo dos anos, baseados em uma abordagem retrospectiva, em que o pesquisador ou expert avalia um conjunto de características nos indivíduos estudados e, a partir delas, selecionam aqueles que apresentam o diagnóstico de enfermagem em questão. Essa abordagem tradicional apresenta críticas, pois para apontar com relativa acurácia um diagnóstico faz-se necessário que o mesmo perceba o comprometimento do indivíduo (Lopes; Silva; Araújo, 2013).

Assim, atualmente, para mensurar a acurácia adota-se o método de Análise de Classes Latentes (ACL). Como medidas mais comuns tem-se a sensibilidade e a especificidade, pois são capazes de avaliar a relação direta entre cada indicador clínico e a presença ou não do diagnóstico de enfermagem. A sensibilidade é a proporção de sujeitos com o diagnóstico de

enfermagem presente para os quais o indicador está presente; e a especificidade é a proporção de sujeitos sem o diagnóstico para os quais o indicador está ausente (Lopes; Silva; Araújo, 2012; Lopes; Silva; Araújo, 2013).

Desse modo, as medidas de acurácia podem diferenciar sujeitos com e sem o diagnóstico de enfermagem, por meio de seus indicadores clínicos, estabelecendo maior fidedignidade na escolha diagnóstica. A precisão posta no momento da inferência de um diagnóstico de enfermagem contribuirá na eficácia do cuidado ofertado ao paciente, adequando o processo de raciocínio clínico do enfermeiro, além de colaborar com a redução dos custos com cuidados à saúde (Lopes; Silva; Araújo, 2012).

O processo de enfermagem também se torna eficaz, pois possibilitará ao profissional enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e avaliar como o paciente responde aos problemas de saúde, além de determinar em que aspectos é necessária a intervenção do enfermeiro (Garcia, 2016).

## **2.2 OBJETIVOS**

### **2.2.1. OBJETIVO GERAL**

- Verificar a validade clínica do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários do curso de enfermagem.

### **2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a frequência dos antecedentes clínicos/fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários do curso de enfermagem;
- Verificar a frequência e as medidas de acurácia dos consequentes clínicos/características definidoras do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários do curso de enfermagem;
- Verificar os fatores relacionados, população em risco e condições associadas que mais impactam para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários do curso de enfermagem;
- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso nessa clientela.

## **2.3 MATERIAIS E MÉTODO**

### **2.3.1 DESENHO DO ESTUDO**

Estudo de acurácia diagnóstica, do tipo transversal, com a finalidade de validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. No âmbito da enfermagem, a acurácia diagnóstica revela que característica definidora prediz a ocorrência do diagnóstico de enfermagem em uma clientela específica (Lopes; Silva; Araújo, 2013). O período de realização dessa etapa foi de outubro a dezembro de 2023.

#### **2.3.1 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizada na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte. Trata-se de uma instituição pública, formada por mais de 43.000 estudantes e aproximadamente 5.500 servidores (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2023).

Dentre as unidades institucionais presentes na universidade, encontra-se o Centro de Ciências da Saúde (CCS), responsável por coordenar, supervisionar e articular as atividades entre os departamentos de saúde. Atualmente, o CCS abrange a coordenação de 19 departamentos da área da saúde, incluindo o Departamento de Enfermagem – DENF (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2023).

O local selecionado para a coleta dos dados foi o Departamento de Enfermagem, mediante o pré-agendamento de salas de aula destinadas a pós-graduação, após anuência e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

O ambiente foi dividido em três estações subsequentes: leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); preenchimento do formulário de coleta de dados; realização do exame físico proposto. Dessa forma, possuindo subsídios e espaço físico necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa.

#### **2.3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população foi composta por estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sem delimitação do período acadêmico. O

tamanho da amostra foi baseado em uma relação do número de pacientes por indicador avaliado, sendo recomendada uma relação entre cinco e trinta pacientes por indicador (Swanson *et al.*, 2012). Em nosso estudo, adotou-se uma relação de 18 estudantes por cada indicador clínico proposto, de modo que a amostra final foi de 108 graduandos em enfermagem (18 x 6 indicadores).

Foram incluídos na amostra estudantes com idade mínima de 18 e máxima de 24 anos; e, regularmente matriculados no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Excluiu-se os estudantes afastados por qualquer motivo das atividades acadêmicas no período de coleta de dados.

O processo de amostragem dos discentes deu-se por conveniência, de maneira consecutiva. Essa amostragem é considerada probabilística, proporcionando a seleção de uma amostra de indivíduos que representem o universo (Gil, 2010).

### 2.3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realizar o recrutamento dos estudantes foi ofertado um curso de extensão, com carga horária de 30 horas, cadastrado no Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA) da instituição proponente da pesquisa, com o tema “I Curso sobre Promoção da Saúde: entendendo diagnósticos de enfermagem no cotidiano acadêmico de adultos jovens”.

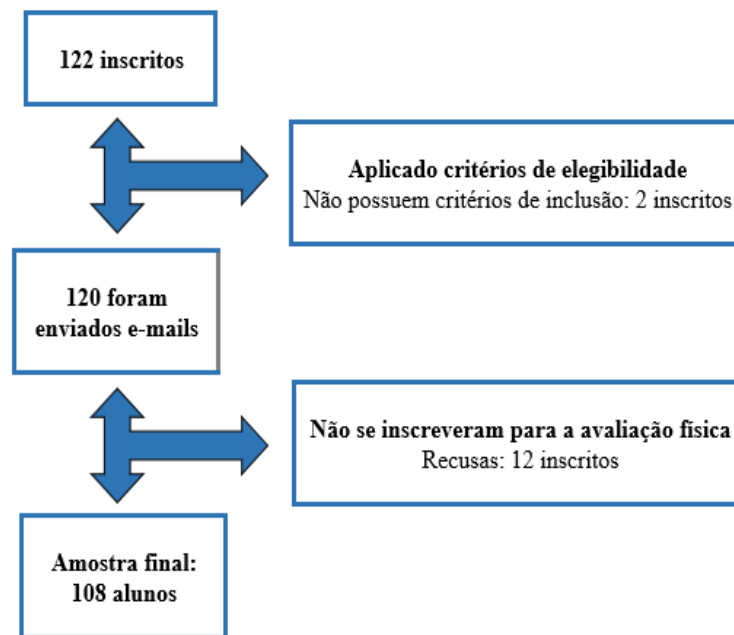
Essa estratégia foi adotada por acreditar que seria uma alternativa para captar um número maior de alunos. A divulgação do curso foi realizada pelos meios oficiais da universidade, bem como, redes de comunicação não oficiais pelas pesquisadoras e equipe do curso.

Os alunos interessados realizaram inscrição por meio de um formulário eletrônico disponibilizado pelo SIGAA, o qual além dos dados cadastrais, informava o público-alvo e os critérios de elegibilidade, visando iniciar a seleção da amostra para o estudo. Os critérios de elegibilidade estabelecidos para essa população foram: pessoas com idade entre 18 e 24 anos e ser discente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Ademais, foram adotados critérios de descontinuidade, isso posto, foram considerados: recusa a participar da etapa de coleta de dados e/ou desistência da pessoa em participar do curso de extensão.

Realizaram a inscrição 122 pessoas. Dessas, duas foram excluídas diante dos critérios de elegibilidade, totalizando 120 inscrições válidas. Após inscrição, foi enviado por e-mail a

programação detalhada do curso (ANEXO D), objetivos e *link* para marcação da avaliação física voluntária no software *online Calendly*. Foram ofertadas vagas diárias limitadas, nos turnos matutino e vespertino, visando a disposição dos participantes no ambiente físico e sua privacidade. Apenas 108 estudantes demonstraram interesse em participar da etapa de coleta de dados e compuseram a amostra final da pesquisa. O fluxograma de recrutamento encontra-se descrito na Figura 2.

**Figura 2** – Recrutamento dos estudantes de enfermagem. Natal, 2024.



Fonte: elaboração própria.

Saliente-se que o curso comportou momentos assíncronos e síncronos. Inicialmente, divulgou-se artigos e manuais sobre a temática Sobrepeso em estudantes universitários, a fim de que os estudantes se familiarizassem com o tema. Posteriormente, ocorreu a etapa de avaliação física para os membros voluntários do curso.

No momento de coleta de dados, o universitário disposto a participar do estudo foi informado sobre o tema, os objetivos, o método utilizado para a coleta de informações e a garantia ao sigilo da identidade, por meio da leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E). Aos participantes, coube a assinatura do documento em duas vias.

Utilizou-se um formulário contendo os atributos essenciais, antecedentes clínicos/fatores relacionados e consequentes clínicos/características definidoras do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso validados na etapa anterior, divididos em três eixos: dados sociais, dados clínicos e dados comportamentais (APÊNDICE F), subsidiado por um Protocolo

Operacional Padrão (APÊNDICE G), a fim de padronizar a coleta de dados. O instrumento foi submetido a um pré-teste com 10% da amostra, a fim de avaliar a sua aplicabilidade. Não houve alteração após realização do pré-teste, os estudantes compuseram a amostra final da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador responsável e por duas enfermeiras doutorandas em Enfermagem. Todos os profissionais foram capacitados previamente, por meio de um treinamento presencial no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com carga horária de quatro horas.

Para a etapa de avaliação física voluntária foram necessários alguns instrumentos, a saber: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias; instrumento de coleta de dados; caneta; prancheta; balança de bioimpedância digital Omron®; estadiômetro Wiso®; adipômetro clínico Sanny®; e fita métrica. Todos os materiais necessários estavam devidamente calibrados.

Por fim, realizou-se uma roda de conversa síncrona intitulada “Dialogando sobre a promoção da saúde no cotidiano universitário: um olhar ampliado”, com a participação de profissionais da área de Educação Física, Enfermagem e Psicologia. Acredita-se que o curso ofertado contribuiu para a contextualização da temática, retirada de dúvidas, diálogo de experiências, significação da temática proposta em ambiente acadêmico e valorização do olhar multiprofissional.

Reitera-se que a amostra foi composta por 108 discentes, entretanto, o curso contou com um quantitativo superior, de 122 alunos, pois os demais inscritos, mesmo não entrando nos critérios adotados no estudo, participaram das demais etapas do curso e receberam o certificado de extensão emitido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, mediante cumprimento da participação mínima de 75% das atividades propostas. Essa etapa ocorreu em outubro de 2023.

#### 2.3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados no *Microsoft Office Excel 2010*. As planilhas foram organizadas de forma individual por estudante, contendo os indicadores clínicos do diagnóstico Sobrepeso e sua classificação como presentes (P) ou ausentes (A).

Aplicou-se o teste Kolmogorov–Smirnov para avaliar a normalidade da amostra. A análise dos dados sociodemográficos e clínicos ocorreu com o auxílio do *IBM SPSS Statistic versão 22.0 for Windows*, sendo determinado a estatística descritiva e inferencial. Os dados

numéricos serão elencados por média, mediana e desvio padrão, enquanto os categóricos serão apontados as frequências relativas e absolutas.

Para o estabelecimento das medidas de acurácia do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso, aplicou-se o Modelo de Análise de Classe Latente. Nesse modelo, não se faz necessário um processo de inferência diagnóstica. O banco de dados é composto pelo status das características definidoras e o algoritmo computacional estabelece as medidas de acurácia diagnóstica, partindo da pressuposição de que uma variável não diretamente observável (construto diagnóstico) esclarece as relações entre um conjunto de variáveis diretamente observáveis (indicadores clínicos) (LOPES; SILVA, 2016).

Nessa perspectiva, os indicadores clínicos com valores altos de sensibilidade são indicativos de um provável diagnóstico, e valores altos de especificidade representam boa capacidade confirmatória do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016). Utilizou-se para a execução dessa análise o *software* R versão 2.12.1, a fim de determinar a prevalência do diagnóstico, calcular os valores de sensibilidade e especificidade com intervalos de confiança de 95% (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Por meio da análise descritiva, tornou-se possível identificar a frequência dos componentes do diagnóstico de enfermagem em estudo, assim como dos dados sociais e clínicos coletados. A análise da associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais com o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso ocorreu mediante análise do Teste de Qui-quadrado de Pearson e Teste de Exato de Fisher. Considerou-se estatisticamente significativo  $p\text{-valor} \leq 0,05$ .

Os dados encontrados foram organizados em tabelas e quadros, sendo interpretados de acordo com a literatura adequada.

### 2.3.5 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com os aspectos éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos, após assinado o consentimento da instituição para a realização da pesquisa, a proposta foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte respeitando-se as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 4.953.282, CAAE 48202221.6.0000.5537.

### 2.3.6 FINANCIAMENTO

O presente estudo faz parte do projeto intitulado: “Tecnologias cuidativo-educacionais como ferramentas de intervenção para diagnósticos de enfermagem”, coordenado pela professora Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira e financiado por meio da bolsa produtividade em pesquisa do CNPq (Processo 306594/2020-0).

## 2.4 RESULTADOS

Foram entrevistados 108 graduandos em Enfermagem, as informações sobre a caracterização sociodemográfica da clientela estão apresentadas de forma descritiva na Tabela 5 a seguir.

**Tabela 5** - Caracterização sociodemográfica dos universitários de enfermagem de uma universidade brasileira. Natal, 2024.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	91	84,3	77,8-91,0
Masculino	17	15,7	9,0-22,2
<b>Estado Civil</b>			
Sem companheiro	91	84,3	75,9-90,7
Com companheiro	17	15,7	9,3-24,1
<b>Identidade de gênero</b>			
Mulher cisgênera	90	83,3	77,8-91,0
Homem cisgênero	16	14,8	7,4-21,3
Travesti	01	0,9	0,0-3,0
Não informar	01	0,9	0,0-3,0
<b>Orientação sexual</b>			
Heterossexual	85	78,7	70,4-86,1
Bissexual	14	13	7,4-19,0
Homossexual	06	5,6	1,9-10,2
Não informar	03	2,8	0,0-6,5
<b>Cor/Raça</b>			
Branco	58	53,7	43,8-64,1
Pardo	43	39,8	30,8-50,0
Preto	07	6,5	1,9-12,5
<b>Religião</b>			
Praticante	69	63,9	56,3-71,5
Não praticante	39	36,1	28,5-43,7
<b>Renda per capita*</b>			
Moderada	81	75	66,7-83,6
Baixa	22	20,4	13,9-28,0
Alta	05	4,6	1,9-8,3
<b>Ocupação profissional</b>			
Estudante sem vínculo empregatício	107	99,1	97,0-100,0
Estudante com vínculo empregatício	01	0,9	0,0-3,0
<b>Local de habitação</b>			
Urbano	107	99,1	96,3-100,0
Rural	01	0,9	0,0-3,7

**Tabela 5** - Caracterização sociodemográfica dos universitários de enfermagem de uma universidade brasileira. Natal, 2024.

(Conclusão)

<b>Procedência</b>						
Capital/RN	69	63,9	54,6-73,1			
Interior/RN	37	34,3	25,0-43,0			
Outro	02	1,9	0,0-3,9			
<b>Ano de ingresso na universidade</b>						
2021	32	29,6	19,4-37,7			
2023	29	26,9	17,4-36,1			
2022	26	24,1	16,2-34,3			
2019	11	10,2	4,6-16,2			
2020	09	8,3	3,5-13,2			
2017	01	0,9	0,0-2,8			
<b>Atual semestre acadêmico</b>						
5º período	19	17,6	12-24,3			
4º período	18	16,7	9,0-24,3			
2º período	18	16,7	9,3-23,4			
1º período	13	12,0	6,5-19,7			
6º período	12	11,1	4,4-16,7			
3º período	11	10,2	5,3-17,6			
8º período	10	9,3	3,7-15,0			
7º período	04	3,7	0,0-7,6			
9º período	03	2,8	0,7-5,6			
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>-</b>			

	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>DP<sup>#</sup></b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>p-valor<sup>**</sup></b>
<b>Idade<sup>§</sup></b>	21,25	21	1,794	18	24	0,000
<b>Anos de estudo</b>	16,10	16	1,803	13	21	0,000
<b>Renda familiar<sup>+</sup></b>	3.849,11	2.640,00	3.851,079	350,00	27.720,00	0,000
<b>Renda per capita<sup>+</sup></b>	1.557,98	1.000,00	1.692,321	100,00	13.860,00	0,000

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: \*SM= R\$ 1.320,00; \*\*Teste de Kolmogorov-Smirnov; #Desvio Padrão; §Em anos; +Em reais.

Com relação a caracterização clínica da clientela, observou-se a estatura média de 1,62m (DP: 0,0757), massa corporal média de 63,01kg (DP: 14,341), circunferência média da cintura de 0,79m (DP: 0,1026) e circunferência média do quadril de 1,01m (DP: 0,0984). A maioria dos entrevistados do sexo biológico feminino, relataram menarca igual ou posterior aos 12 anos (46,3%; n=50). A avaliação da composição corporal encontra-se na Tabela 6.

**Tabela 6 - Avaliação da composição corporal dos universitários de enfermagem. Natal, 2024.**

<b>Variáveis clínicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Teste de Conicidade</b>			
Preservado	57	52,8	43,3-61,6
Não preservado*	51	47,2	38,4-56,7
<b>Índice de Massa Corporal (IMC)</b>			
Eutrófico (18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	66	61,1	53,3-68,5
Sobrepeso (25 a 29,9 kg/m <sup>2</sup> )*	18	16,7	10,2-24,3
Baixo peso (< 18,5 kg/m <sup>2</sup> )	11	10,2	3,7-16,0
Obesidade grau I (30 a 34,9 kg/m <sup>2</sup> )	11	10,2	5,6-15,3
Obesidade grau II (35 a 39,9 kg/m <sup>2</sup> )	02	1,9	0,0-4,6
<b>Composição Corporal por Balança de Bioimpedância</b>			
<b><i>Massa de gordura corporal feminina</i></b>			
Normal (21,0 a 32,9%)	35	32,4	23,8-41,9
Muito alto (≥ 39%)	29	26,9	19,5-35,2
Alto (33 a 38,9%)*	22	20,4	14,4-28,9
Baixo (< 21,0%)	05	4,6	0,7-9,5
<b><i>Massa de gordura corporal masculina</i></b>			
Alto (20,0 a 24,9%)*	07	6,5	1,6-11,8
Muito alto (≥ 25,0%)	05	4,6	0,9-8,6
Normal (8,0 a 19,9%)	04	3,7	0,0-7,4
Baixo (< 8,0%)	01	0,9	0,0-3,0
<b><i>Massa de músculo esquelético feminino</i></b>			
Normal (24,3 a 30,3%)	66	61,1	54,4-68,7
Baixo (< 24,3%)	23	21,3	15,5-29,6
Alto (30,4 a 35,3%)	02	1,9	0,0-4,6
<b><i>Massa de músculo esquelético masculino</i></b>			
Normal (33,3 a 39,3%)	07	6,5	2,8-11,3
Alto (39,4 a 44%)	04	3,7	0,0-7,4
Muito alto (≥ a 44,1%)	03	2,8	0,7-6,5
Baixo (< 33,3%)	03	2,8	0,7-6,7
<b><i>Porcentagem de gordura visceral</i></b>			
Normal (≤ 9%)	105	97,2	93,3-99,3
Alto (10 a 14%)	02	1,9	0,0-4,6
Muito alto (≥ 5%)	01	0,9	0,0-2,8
<b>Gordura Corporal por Cálculo de Dobras Cutâneas</b>			
<b><i>Sexo biológico feminino</i></b>			
Acima da média (24 a 31%)*	43	39,8	32,3-50,9
Muito alto (≥ 32%)	35	32,4	23,6-41,7
Abaixo da média (9 a 22%)	08	7,4	1,9-12,3
Média (23%)	05	4,6	0,9-8,3
<b><i>Sexo biológico masculino</i></b>			
Acima da média (16 a 24%)*	10	9,3	3,7-13,6

**Tabela 6** - Avaliação da composição corporal dos universitários de enfermagem. Natal, 2024. (Conclusão)

Abaixo da média (6 a 14%)	03	2,8	0,7-6,5
Média (15%)	02	1,9	0,0-4,9
Muito alto ( $\geq 25\%$ )	02	1,9	0,0-4,6
<b>Total</b>	108	100	-

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: \*valor referente ao quadro clínico de Sobrepeso.

Assim, observou-se a presença variante do número de indivíduos com Sobrepeso de acordo com a avaliação física realizada. O Teste de Conicidade apontou 46,3% (n=50) de indivíduos com Sobrepeso; seguido pelo Índice de Massa Corporal com 16,7% (n=18); a Avaliação de Massa Gorda mediante Balança de Bioimpedância identificou 26,9% (n=29); e a Avaliação de Gordura Corporal pelo Cálculo de Dobras Cutâneas demonstrando 49,1% (n=53) de indivíduos com Sobrepeso.

Levando-se em consideração o quantitativo de indivíduos estratificados por sexo, quanto à prevalência do acúmulo de gordura corporal, o Teste de Conicidade apontou 48,3% sexo biológico feminino (n=44) com quadro de sobrepeso, enquanto no sexo biológico masculino a porcentagem foi de 41,1% (n=7). No que se refere ao Índice de Massa Corporal, 16,4% (n=15) do sexo biológico feminino e 17,6% (n=3) dos indivíduos de sexo biológico masculino apresentaram sobrepeso. No que tange a Avaliação de Massa Gorda mediante Balança de Bioimpedância, observou-se prevalência de sobrepeso em 56% (n=51) do grupo de sexo biológico feminino e em 70% (n=12) do grupo de sexo biológico masculino. Por fim, através da Avaliação de Gordura Corporal pelo Cálculo de Dobras Cutâneas, percebe-se prevalência de sobrepeso em 47,20% (n=43) do sexo biológico feminino e 58,80% (n=10) do público do sexo biológico masculino participante da amostra.

Evidenciou-se a ausência de doenças pregressas (63,0%; n=68). Entretanto, dentre a parcela dos entrevistados com comorbidade diagnosticada (37,0%; n=40), observou-se a não realização do tratamento adequadamente (19,4%; n=21). A doença pregressa mais prevalente foi a ansiedade, de forma isolada (8,3%; n=9) ou associada a outra comorbidade (10,18%; n=12); sendo seguida por Intolerância à lactose (2,8%; n=3); dislipidemia (1,9%; n=2); disfunção da tireoide (0,9%; n=1); depressão (0,9%; n=1); e varizes (0,9%; n=1). Negou-se o quadro de hipertensão arterial sistêmica e uso de medicamento anti-hipertensivo (100%; n=108).

Quanto a avaliação comportamental, a maioria dos estudantes relatou uma autopercepção de saúde preservada (98,1%; n=106), sendo ativo (49,1%; n=53) ou muito ativo (39,8%; n=43) fisicamente, e não possuindo dificuldade de regulação emocional (76,9%; n=83). Quanto a qualidade do sono, observou-se um tempo de sono noturno inadequado, sendo inferior a oito horas por noite (88,9%; n= 96).

A maioria dos entrevistados afirmou já ter experimentado bebida alcoólica (88,0%; n=95), sendo os destilados mais populares (18,6%; n=20), porém negam o consumo atualmente (54,6%; n=59). O uso abusivo de bebida alcoólica foi identificado em 16,7% (n=18) dos participantes.

O uso de drogas obesogênicas foi identificado na clientela (52,8%; n=57), com destaque para os antialérgicos, de forma isolada (16,7%; n=18) ou em conjunto com demais medicamentos (23,2%; n=25), e os anticoncepcionais (13,0%; n=14).

Observou-se o consumo alimentar de calorias inadequado entre os estudantes (77,8%; n=84), com excesso de alimentos gordurosos (68,5%; n=74) e doces (57,4%; n=62) e déficit em vegetais (56,5%; n=61) e frutas (52,8%; n=57). A maioria dos entrevistados nega maior consumo alimentar induzido por emoções (68,5%; n=74) e não apresentam comportamento alimentar inadequado (77,8%; n=84).

No tocante ao histórico de excesso de peso, 54,6% (n=59) dos acadêmicos afirmaram histórico familiar de excesso de peso, residindo com parentes de primeiro grau em quadro clínico de Sobrepeso (41,7%; n=45). Entretanto, negam histórico pessoal de Sobrepeso (53,7%; n=58).

Em relação a imagem corporal, a maioria dos estudantes (53,7%; n=58) expressa insatisfação com o corpo e desejo de um peso inferior ao atual. Quanto a adaptação acadêmica, negam dificuldade (52,8%; n=57). Entretanto, a gestão do tempo é apontada como dificultador da rotina acadêmica (19,4%; n=21).

A seguir, a Tabela 7 apresenta a frequência dos indicadores clínicos, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em graduandos de Enfermagem.

**Tabela 7** - Frequência dos indicadores clínicos, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. Natal, 2024.

<b>Indicador clínico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
Consumo excessivo de calorias	106	98,1	94,4 – 100
Insatisfação com a imagem corporal	58	53,7	42,1 – 65,3
Excesso inicial de gordura corporal	47	43,5	36,8 – 53,7
Saúde emocional prejudicada	25	23,1	16,7 – 31,7
Comportamento alimentar inadequado	24	22,2	14,8 – 31,5
Autopercepção de saúde negativa	02	1,9	0,0 – 4,6
<b>Fator relacionado</b>			
Baixa qualidade de sono	105	97,2	93,5 – 100
Dificuldade na adaptação acadêmica	51	47,2	38,9 – 56,5
Menarca anterior aos 12 anos	41	38,0	27,6 – 46,3
Alimentação induzida pelo estresse	34	31,5	22,2 – 40,7
Uso abusivo de bebida alcoólica	18	16,7	10,0 – 23,4
Sedentarismo	12	11,1	4,6 – 19,0
<b>População em risco</b>			
Residir em área urbana	107	99,1	96,3 – 100
Sexo feminino	91	84,3	77,8 – 91,0
Renda per capita igual ou inferior a \$660,00	81	75,0	66,7 – 83,6
Histórico familiar de excesso de peso	59	54,6	45,8 – 66,0
Histórico pessoal de excesso de peso	50	46,3	36,8 – 55,8
Relação conjugal	17	15,7	9,3 – 24,1
<b>Condição associada</b>			
Uso de drogas obesogênicas	57	52,8	43,5 – 63,9
Distúrbios metabólicos	40	37	26,6 – 44,9

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com os dados supracitados, percebe-se a maior frequência entre os entrevistados do indicador clínico “Consumo excessivo de calorias” (98,1%); o fator relacionado “Baixa qualidade de sono” (97,2%); a população em risco “Residir em área urbana” (99,1%); e a condição associada “Uso de drogas obesogênicas” (52,8%). Salienta-se que todos os entrevistados negaram a Condição Associada: “Pressão arterial aumentada”.

A seguir, na Tabela 8 são apresentados os dados referentes à associação dos indicadores clínicos, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas com o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em graduandos de enfermagem.

**Tabela 8** - Associação dos indicadores clínicos, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas com o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. Natal, 2024.

<b>Variável</b>	<b>Estatística</b>
<b>Indicador clínico</b>	
Comportamento alimentar inadequado	<b>0,000*</b>
Insatisfação com a imagem corporal	<b>0,000*</b>
Saúde emocional prejudicada	<b>0,000*</b>
Autopercepção de saúde negativa	0,091**
Consumo excessivo de calorias	0,091**
Excesso inicial de gordura corporal	0,566*
<b>Fator relacionado</b>	
Uso abusivo de bebida alcoólica	0,161*
Sedentarismo	0,268*
Dificuldade na adaptação acadêmica	0,312*
Menarca anterior aos 12 anos	0,535*
Alimentação induzida pelo estresse	0,783*
Baixa qualidade de sono	1,000**
<b>População em risco</b>	
Histórico pessoal de excesso de peso	<b>0,017*</b>
Renda per capita igual ou inferior a \$660,00	0,117*
Histórico familiar de excesso de peso	0,212*
Relação conjugal	0,493*
Sexo feminino	0,493*
Residir em área urbana	1,000**
<b>Condição associada</b>	
Distúrbios metabólicos	0,597*
Uso de drogas obesogênicas	0,807*
Pressão arterial aumentada	Constante

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: \*Teste de Qui-Quadrado de Pearson; \*\*Teste exato de Fisher.

Considerou-se significativo o p-valor  $\leq 0,05$ . Dessa forma, torna-se significativa estatisticamente a associação dos indicadores clínicos “Comportamento alimentar inadequado”, “Insatisfação corporal”, “Saúde emocional prejudicada” e da população em risco “Histórico pessoal de excesso de peso” com o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em graduandos de enfermagem.

Aplicou-se a análise de classe latente para identificar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso e sua prevalência em graduandos de Enfermagem. A Tabela 9 retrata essas informações.

**Tabela 9** - Medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em graduandos de Enfermagem. Natal, 2024.

Características definidoras	Se*	IC 95%		Sp <sup>§</sup>	IC 95%	
Consumo excessivo de calorias	<b>0,9514</b>	0,8282	1,0000	0,0000	0,0000	0,0242
Insatisfação com a imagem corporal	<b>0,8834</b>	0,7696	0,9999	0,6763	0,4876	0,9981
Saúde emocional prejudicada	0,3270	0,1403	0,5803	<b>0,8273</b>	0,7088	0,9334
Comportamento alimentar inadequado	0,5814	0,2978	0,9994	<b>0,9990</b>	0,8945	1,0000
Autopercepção de saúde negativa	0,0486	0,0000	0,1643	<b>0,9999</b>	0,9762	1,0000
<b>Prevalência: 38,12</b>	<b>X: 13,3</b>	<b>GI: 20</b>	<b>p = 0,862</b>	<b>Entropia: 0,67</b>		

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: \*Sensibilidade; <sup>§</sup>Especificidade.

Considerou-se uma característica definidora sensível ou específica mediante ponto de corte 0,8 e intervalo de confiança sem passar pelo 0,5. Assim, foram identificadas como características definidoras sensíveis: “Consumo excessivo de calorias” e “Insatisfação com a imagem corporal”. Ao passo que, elencou-se como características definidoras específicas: “Autopercepção de saúde negativa”, “Comportamento alimentar inadequado” e “Saúde emocional prejudicada”. A prevalência do DE Sobrepeso em graduandos de Enfermagem foi estimada pelo modelo de classe latente em 38,12%.

A Tabela 10 apresenta as probabilidades de se identificar ou não o diagnóstico de enfermagem estudado a partir da presença ou ausência das seis características definidoras que compuseram o modelo de classe latente. A saber: considerou-se presença (1) e ausência (0).

**Tabela 10** - Probabilidades posteriores da presença/ausência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em conjunto de características definidoras. Natal, 2024.

Conjunto	Características definidoras					n	Sobrepeso	
	CD1*	CD2 <sup>§</sup>	CD3 <sup>-</sup>	CD5 <sup>+</sup>	CD6 <sup>#</sup>		Ausente	Presente
1	0	0	1	0	0	1	0,00	1,00
2	0	0	0	1	1	1	0,00	1,00
3	0	1	0	0	0	38	0,97	0,03
4	0	1	1	0	0	2	0,02	0,98
5	0	1	0	0	1	9	0,93	0,07
6	0	1	0	1	0	28	0,66	0,34
7	1	1	0	1	0	1	0,00	1,00
8	0	1	1	1	0	12	0,00	1,00
9	1	1	1	1	0	1	0,00	1,00
10	0	1	0	1	1	7	0,45	0,55
11	0	1	1	1	1	8	0,00	1,00

Fonte: dados da Pesquisa. Legenda: \*Autopercepção de saúde negativa; <sup>§</sup>Consumo excessivo de calorias; <sup>-</sup>Comportamento alimentar inadequado; <sup>+</sup>Insatisfação com a imagem corporal; <sup>#</sup>Saúde emocional prejudicada.

Apenas seis dos onze conjuntos com diferentes combinações de indicadores clínicos apresentaram a probabilidade de manifestar o DE Sobrepeso. Destaca-se que a característica definidora “Insatisfação com a imagem corporal” esteve presente em cinco dos seis conjuntos.

Por fim, realizou-se uma análise de regressão logística univariada para cada fator relacionado, população em risco e condição associada do DE Sobrepeso em graduandos de Enfermagem. O nível de significância adotado foi de 0,05. A Tabela 11 a seguir descreve os valores encontrados.

**Tabela 11** - Regressão logística univariada dos fatores relacionados, população em risco e condições associadas do DE Sobrepeso. Natal, 2024.

Fator	$\beta$	EP*	OR <sup>§</sup>	Z	Wald	gl	p-valor	IC 95% <sup>#</sup>	
FR1 <sup>1</sup>	0.12	0.44	1.13	0.27	0.08	1	0.783	0.47	2.71
FR2 <sup>2</sup>	-0.13	1.24	0.88	-0.11	0.01	1	0.916	0.08	10.02
FR3 <sup>3</sup>	0.42	0.42	1.53	1.01	1.02	1	0.313	0.67	3.48
FR4 <sup>4</sup>	0.39	0.45	1.48	0.87	0.76	1	0.383	0.61	3.60
FR5 <sup>5</sup>	-0.87	0.80	0.42	-1.08	1.17	1	0.280	0.09	2.03
FR6 <sup>6</sup>	-0.92	0.67	0.40	-1.37	1.87	1	0.172	0.11	1.49
PR1 <sup>7</sup>	0.53	0.43	1.70	1.24	1.54	1	0.214	0.73	3.95
<b>PR2<sup>8</sup></b>	1.02	0.43	<b>2.78</b>	2.36	5.57	1	<b>0.018</b>	1.19	6.48
PR3 <sup>9</sup>	-0.42	0.61	0.66	-0.68	0.46	1	0.495	0.20	2.19
PR4 <sup>10</sup>	0.84	0.55	2.32	1.54	2.37	1	0.124	0.79	6.80
PR5 <sup>11</sup>	14.76	1455.4	2.5×10 <sup>+6</sup>	0.01	1.0×10 <sup>-4</sup>	1	0.992	0.00	∞
PR6 <sup>12</sup>	0.42	0.61	1.52	0.68	0.46	1	0.495	0.46	5.07
CA1 <sup>13</sup>	-0.23	0.44	0.79	-0.53	0.28	1	0.597	0.34	1.87
CA3 <sup>14</sup>	0.10	0.42	1.11	0.24	0.06	1	0.807	0.49	2.52

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: \*Erro padrão; §Odds Ratio; #Intervalo de confiança; <sup>1</sup>Alimentação induzida pelo estresse; <sup>2</sup>Baixa qualidade de sono; <sup>3</sup>Dificuldade na adaptação acadêmica; <sup>4</sup>Menarca anterior aos 12 anos; <sup>5</sup>Sedentarismo; <sup>6</sup>Uso abusivo de bebida alcoólica; <sup>7</sup>Histórico familiar de excesso de peso; <sup>8</sup>Histórico pessoal de excesso de peso; <sup>9</sup>Relação conjugal; <sup>10</sup>Renda per capita igual ou inferior a \$660,00; <sup>11</sup>Residir em área urbana; <sup>12</sup>Sexo feminino; <sup>13</sup>Distúrbios metabólicos; <sup>14</sup>Uso de drogas obesogênicas.

Histórico pessoal de excesso de peso é o fator de maior impacto para a ocorrência do DE Sobrepeso em graduandos de Enfermagem (OR = 2.78; p-valor = 0.018), aumentando em, aproximadamente, mais de duas vezes e meia a chance de desenvolvimento do desfecho estudado na clientela.

Em síntese, a prevalência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários foi de 38,12%. Foram identificadas como características definidoras: “Consumo excessivo de

calorias” e “Insatisfação com a imagem corporal”. Por outro lado, as características definidoras específicas foram: “Autopercepção de saúde negativa”, “Comportamento alimentar inadequado” e “Saúde emocional prejudicada”. Destacou-se a característica definidora “Insatisfação com a imagem corporal” como indicador clínico de maior probabilidade de manifestação em indivíduos com o DE Sobrepeso. Por fim, apontou-se o “Histórico pessoal de excesso de peso” como fator de maior impacto para a ocorrência do diagnóstico na clientela estudada.

## 2.5 DISCUSSÃO

A amostra de adolescentes e adultos jovens universitários demonstrou predominância do sexo feminino, sem companheiro, autodeclarado branco, residente em área urbana, com renda per capita familiar moderada, sem vínculo empregatício e cursando o quinto período do curso de graduação em Enfermagem. Esses achados corroboram com estudos recentes, demonstrando que o perfil sociodemográfico e acadêmico dos estudantes de Enfermagem de instituições brasileiras é composto, majoritariamente, por mulheres solteiras, não responsáveis pela renda familiar, residentes em grandes cidades e com idade variando de 18 a 30 anos (Bublitz *et al.*, 2015; Corrêa *et al.*, 2018; Saho *et al.*, 2021).

Tal contexto, torna-se relevante quando comparado ao perfil sociodemográfico dos indivíduos com sobrepeso ou obesidade no Brasil. Paralelamente, observa-se que adolescentes e adultos jovens universitários compõe o grupo de vulnerabilidade para o excesso de peso. Pfaffenseller *et al.* (2017) e Golçalves *et al.* (2023) apontam um crescente número de tratamentos, internações e mortalidade por sobrepeso ou obesidade na população feminina, solteira, com ensino médio completo e faixa etária de 20 a 29 anos.

Quanto ao perfil clínico dos estudantes, observou-se a presença variante do número de indivíduos com Sobrepeso de acordo com a avaliação física realizada e do sexo observado, a saber: Teste de Conicidade, Índice de Massa Corporal, Avaliação de Massa Gorda mediante Balança de Bioimpedância, e Avaliação de Gordura Corporal pelo Cálculo de Dobras Cutâneas. Segundo a avaliação, a maior frequência de excesso de peso foi identificada pelo Cálculo de Dobras Cutâneas, ao passo que a menor identificação foi constatada pelos parâmetros do Índice de Massa Corporal. Quanto a estratificação por sexo, observou-se predominância do sexo biológico masculino com quadro de sobrepeso.

O presente dado corrobora com discussões atuais, apontando que apenas um método de avaliação pode não refletir a massa de gordura fidedigna do indivíduo. Um exemplo dessa problemática é a utilização apenas do Índice de Massa Corporal (IMC) como indicador de peso padrão na prática assistencial. Acredita-se que tal método de avaliação foi centrado em padrões físicos coletados de gerações anteriores, em sua maioria brancas e não hispânicas, não levando em consideração padrões biológicos, comportamentais e socioeconômicos individuais (Associação Americana de Medicina, 2024).

Ferreira, Machado e Moreira (2019) exemplificam essa realidade, sinalizando que indivíduos com alta estatura e alto percentil de gordura corporal podem não receber o diagnóstico de sobrepeso, ao passo que atletas fisiculturistas com baixa estatura e alto percentil

de massa muscular esquelética podem apresentar elevado IMC e serem rotulados com excesso de peso corporal. Assim, torna-se recomendável e mais verídico para a clientela a utilização de padrões que levem em consideração medidas de gordura visceral, índice de adiposidade corporal, composição corporal, massa gorda relativa, circunferência da cintura e fatores genéticos/metabólicos (Associação Americana de Medicina, 2024).

Reforça-se que a não avaliação efetiva pode ocasionar uma inferência inadequada do padrão de gordura corporal do indivíduo. Nesse aspecto, avulta-se a problemática da Caderneta do Adolescente, veiculada pelo Ministério da Saúde, onde registra-se apenas estatura, peso, Índice de Massa Corporal (IMC), estágio de maturação sexual e pressão arterial, não sendo mensurados clinicamente para acompanhamento do indivíduo os índices de composição corporal (Brasil, 2013).

Quanto a alta prevalência de indivíduos do sexo biológico masculino com quadro clínico de sobrepeso, o presente estudo corrobora com os achados de Ferreira (2019). Acredita-se que este resultado é fruto da maior adesão do sexo biológico feminino a itens de publicidade e mídias sociais, com idealização do corpo magro como moda social, fato que contribui para o menor índice de gordura corporal nessa clientela durante as fases de adolescência e adulto jovem.

Levando em consideração a análise da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em adolescentes e adultos jovens universitários, percebe-se como características definidoras sensíveis: “Consumo excessivo de calorias” e “Insatisfação com a imagem corporal”; específicas: “Autopercepção de saúde negativa”, “Comportamento alimentar inadequado” e “Saúde emocional prejudicada”. Observa-se, assim, o caráter multicausal do sobrepeso, perpassando comportamentos alimentares e adoecimentos psicoemocionais (Wolff De-Matos; Machado; Hentschke, 2020).

Enfocando-se a Entropia das Medidas de Acurácia dos indicadores clínicos, percebe-se pequena distinção entre os grupos de características definidoras sensíveis e específicas. Tal fato pode estar associado a manifestação de elementos psicossociais como mecanismos de risco ao sobrepeso. Lima e Oliveira (2016) apontam que fatores psicológicos e comportamentais/sociais se apresentam de forma interligada, sendo retroalimentadores do sobrepeso e dificultando a sua separação quanto a ordem de manifestação no indivíduo. Assim, o valor de entropia encontrado no presente estudo exemplifica essa realidade.

Quanto a análise alimentar dos estudantes, enfoca-se o “Comportamento alimentar inadequado”, os jovens tendem ao alto consumo de refeições prontas, de fácil preparo, ultra processadas e ricas em sódio/açúcar, impulsionados pelos comportamentos ambientais dos seus

grupos familiares e sociais. Tal realidade, associada com o uso de telas por longas horas, não fazer refeições à mesa em família e o processo de urbanização, acarreta no “Consumo excessivo de calorias” (Fulco *et al.*, 2016; Maia *et al.*, 2018).

Outra variável observada, foi a Ansiedade na clientela investigada. Esse resultado se assemelha às evidências de um estudo realizado com universitários do interior de São Paulo, no qual 39,9% dos alunos entrevistados apresentaram escore de classificação para caso suspeito de transtorno de humor, de ansiedade e de somatização (Gomes *et al.*, 2020). Tal problemática reflete-se negativamente no campo das habilidades sociais, mensuradas pela aptidão para abordar uma autoridade, receptividade à elogio e capacidade de pedir ajuda (Bernardelli *et al.*, 2022).

Nessa condição, o tratamento farmacológico nem sempre é a primeira opção clínica. Recomenda-se uma intervenção pautada em abordagem multidisciplinar (Leão *et al.*, 2018). No presente estudo, a característica definidora “Insatisfação com a imagem corporal” apresentou alta sensibilidade e as características definidoras “Autopercepção de saúde negativa” e “Saúde emocional prejudicada” demonstraram alta especificidade para o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso, reforçando a importância de fatores emocionais e psicológicos como causadores, mantenedores ou retroalimentadores do sobrepeso (Cruz; Sanon; Bosa, 2015).

Dentre os acometimentos psicoemocionais, destaca-se a insatisfação com a imagem corporal, principalmente em mulheres, estando associada a maior incidência de depressão, baixa autoestima e perfeccionismo. Estudos mostram que a percepção da imagem corporal afeta o bem-estar psicológico e a habilidade do indivíduo em manter a perda de peso. Assim, tratá-la reflete diretamente no sucesso das intervenções clínicas (Brandão *et al.*, 2015; Weinberger *et al.*, 2017).

No presente estudo, a característica definidora “Insatisfação com a imagem corporal” demonstrou maior probabilidade de manifestação clínica entre universitários com sobrepeso, corroborando com as discussões anteriores. Cardoso *et al.* (2020) reforça ainda a problemática desse cenário, a qual aparece vinculada a presença de atitudes para transtorno alimentar, estado de saúde regular/ruim e/ou ansiedade moderada/grave.

Verificou-se, ainda, apesar de não significativo estatisticamente, a alta prevalência do fator relacionado “Baixa qualidade de sono” entre os universitários. Estudos mostram que problemas e insatisfação com sono são prevalentes e crescentes entre estudantes universitários. Ao longo da formação acadêmica, o aumento de responsabilidades, a elevada demanda de estudos e atividades extracurriculares, geram grandes pressões psicológicas nos estudantes, tornando-os mais vulneráveis a problemas de sono. A baixa qualidade do sono dos estudantes

mostra-se relacionada a alguns fatores determinantes que incluem desde “Sedentarismo” e “Consumo excessivo de álcool” até o “Excesso inicial de gordura corporal” e “Saúde emocional prejudicada” (Fatima; Doi; Mamum, 2016; Lima *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2019; Silva; Magalhães; Duarte, 2020).

Quando questionados sobre condições associadas ao DE Sobrepeso, o “Uso de drogas obesogênicas foi o mais prevalente na clientela. Reforça-se que drogas obesogênicas são fármacos que induzem ao aumento de peso, geralmente associados a estimulação da transmissão mediada por receptores alfa – adrenérgicos, com bloqueio de receptores H1 ou bloqueio dos receptores serotoninérgicos 5HT2C, estimulando o apetite do indivíduo e reduzindo índices de saciedade como efeito colateral ao tratamento (Cerqueira, 2017).

Entre as drogas relatadas, as de maior consumo foram os antialérgicos, de forma isolada ou em conjunto com demais medicamentos. Essa realidade merece destaque, por sua influência no leque da automedicação danosa. Estudantes da área da saúde tendem a fazer uso de medicamentos sem prescrição médica, pautados em excesso de autoconfiança e acessibilidade dos medicamentos (Querino; Rocha, 2023).

Destarte, reforça-se a necessidade de promoção e prevenção de doenças voltadas a essa clientela. Os resultados demonstram que indivíduos com “Histórico pessoal de excesso de peso” são o principal grupo de risco para o estabelecimento do DE Sobrepeso na universidade. Simon *et al.* (2022) corroboram com achados da pesquisa, apontando que hábitos alimentares moldados ao longo da infância e fortalecidos durante a vida adulta são difíceis de remodelar. Assim, crianças com sobrepeso frequentemente são adultos obesos e com baixa qualidade de vida devido às comorbidades associadas (Barnet *et al.*, 2018).

Sabe-se que os enfermeiros são os profissionais que atuam de forma positiva para minimizar as consequências desse fenômeno e favorecer qualidade de vida dos universitários. Frente a prevalência do diagnóstico estudado na clientela, urge a necessidade de inferências acuradas do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso, bem como de intervenções efetivas em saúde.

Ramos *et al.* (2020) retratam o cenário de negligência das políticas de vigilância alimentar e nutricional no Brasil. Observa-se a valorização do tratamento de diagnósticos tardios do excesso de peso, em detrimento do desenvolvimento de instrumentos para planejamento e gestão preventiva e promotoras de saúde.

Apesar de considerada eficaz, a assistência terapêutica multiprofissional voltada a promoção do cuidado integral do indivíduo com sobrepeso ou obesidade não é uma realidade amplamente vivenciada na atenção primária a saúde brasileira (Brasil, 2013; Brasil, 2017). De

maneira geral, as campanhas e ações de educação alimentar e nutricional consistem em “palestras” e “debates”, organizadas de forma pontual durante o ano e voltados ao público infantil, orquestradas pelo Programa Saúde na Escola do Ministério da Saúde. Assim, o público adolescente e adulto jovem, apresenta-se a margem das campanhas de saúde (Ramos *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o presente estudo salienta a importância e necessidade do direcionamento do olhar a essa clientela, propondo formas acuradas de identificar sinais e sintomas, além de reforçar populações em risco e condições associadas no contexto dos estudantes universitários. Sabe-se que a partir da identificação das características definidoras e fatores relacionados em uma população específica, a realização de intervenções em saúde pode ser mais eficaz e precoce.

## 2.6 CONCLUSÃO

A etapa de validação clínica evidenciou a baixa prevalência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso na população universitária. Como características definidoras sensíveis, identificou-se: “Consumo excessivo de calorias” e “Insatisfação com a imagem corporal”. Ao passo que se elencou como características definidoras específicas: “Autopercepção de saúde negativa”, “Comportamento alimentar inadequado” e “Saúde emocional prejudicada”.

Destacou-se a característica definidora “Insatisfação com a imagem corporal” como indicador clínico de maior probabilidade de manifestação em indivíduos com o DE Sobrepeso. Ademais, no modelo de regressão logística, condição associada “Histórico pessoal de excesso de peso” foi capaz de aumentar a predisposição ao desfecho sobrepeso em estudantes universitários.

Como limitação dessa etapa, destaca-se o seu direcionamento para discentes da graduação em Enfermagem, assim, a generalização desses resultados deverá ser utilizada com cautela.

Dessa forma, diante dos resultados oriundos desta tese, pretende-se difundir esse conhecimento a partir de artigos científicos e veicular novos indicadores clínicos para esse diagnóstico de enfermagem à NANDA Internacional. Além disso, sugere-se a realização de novos estudos com a clientela universitária de outros cursos acadêmicos, com o intuito de confirmar os fatores elencados.

---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

A primeira etapa do estudo foi realizada para revisar a estrutura do diagnóstico Sobrepeso em estudantes universitários, por meio do processo de análise de conteúdo, permitindo refinar o conjunto de atributos essenciais, indicadores clínicos e fatores etiológicos, a fim de tornar adequada a sua mensuração.

A segunda etapa do estudo permitiu verificar os indicadores clínicos considerados com maior acurácia para inferir a presença do Sobrepeso em estudantes universitários do curso de graduação em enfermagem. Os resultados possibilitaram a inferência de sinais/sintomas sensíveis e específicos, bem como a principal população em risco e condição associada.

Identificou-se como características definidoras sensíveis: “Consumo excessivo de calorias” e “Insatisfação com a imagem corporal”. Ao passo que se elencou como características definidoras específicas: “Autopercepção de saúde negativa”, “Comportamento alimentar inadequado” e “Saúde emocional prejudicada”. Destacou-se a característica definidora “Insatisfação com a imagem corporal” como maior indicadora da presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em graduandos de Enfermagem. Dentre as condições associadas, destacou-se “Histórico pessoal de excesso de peso” como maior predisponente a ocorrência do diagnóstico na população estudada.

Vale ressaltar que essa clientela é marginalizada pelos programas governamentais de saúde pública, necessitando de um olhar ampliado e especializado para nortear a tomada de decisões na prática assistencial do profissional enfermeiro, a fim de aderir-se a práticas preventivas, em detrimento de tratamentos tardios.

O papel do enfermeiro em avaliar e identificar situações de sobrepeso em adolescentes e adultos jovens universitários é de extrema relevância. A ausência de campanhas e ações de educação alimentar e nutricional voltadas a essa clientela, bem como uma assistência multiprofissional gratuita e preventiva avultam-se como dificultadores de intervenções efetivas em saúde.

Assim, diante dos resultados identificados, ratificam-se as hipóteses iniciais desta tese, que o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso é verificável na prática clínica em estudantes universitários de enfermagem, carecendo de ajustes em seus indicadores clínicos, a fim de tornar-se mais acurado para sua inferência nesta clientela.

Nessa perspectiva, confirma-se que os enfermeiros se beneficiarão desse estudo, pois estarão amparados cientificamente para atuarem com direcionamento nas principais características definidoras, fatores associados, população em risco e condições associadas do sobrepeso em universitários. Diante disso, poderão ser capazes de minimizar ou limitar esse desfecho marcadamente prejudicial.

Reforça-se a necessidade de discutir sobre a saúde do público universitário. O espaço universitário precisa fornecer um suporte de acolhimento e prevenção desde o momento em que o estudante ingressa na universidade, favorecendo a adoção de hábitos de vida saudáveis desde os anos iniciais da graduação. Tendo em vista que o caminho traçado será reforçado durante o ingresso no mercado de trabalho. Assim, fomentar discussões sobre hábitos saudáveis repercute na saúde de futuros profissionais e profissionais ativos da área da saúde.

Além disso, o ensino se beneficiará dos resultados desta tese, uma vez que a construção de terminologias de enfermagem contribui para o avanço do estado da arte na enfermagem e propicia uma maior difusão dos conhecimentos nessa área. Esta tese também subsidiou uma maior aproximação entre a teoria, a pesquisa e a prática, ressaltando a relevância dessas três vertentes para uma atuação de enfermagem de qualidade.

Dessa maneira, diante dos resultados oriundos desta tese, pretende-se além de difundir esse conhecimento a partir de artigos científicos de alto impacto internacional, enviar os achados à NANDA Internacional, a fim de contribuir para aumento do nível de evidência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso e conseqüente aprimoramento da ciência da Enfermagem. Vislumbra-se também validar o conteúdo da TMA construída, com vistas a avançar ainda mais no conhecimento próprio da enfermagem.

Sugere-se a realização de novos estudos com estudantes universitários dos demais cursos acadêmicos, com o intuito de confirmar os indicadores clínicos elencados e verificar outros fatores significativos para a inclusão no rol desse diagnóstico na clientela estudada.

Como dificuldades destacam-se a amostra considerável de juízes na validação clínica atrelada à dificuldade de retorno do questionário eletrônico, bem como o elevado tamanho amostral na validação clínica.

Como limitação desta tese avulta-se a restrita participação de juízes representantes das demais profissões da saúde. Como na sabedoria coletiva participam juízes com variados graus de experiência sobre a população em estudo e/ou o diagnóstico, faz-se necessário a participação de diferentes profissionais. Ademais, a validação clínica foi especificamente voltada para estudantes universitários brasileiros do curso de Enfermagem, assim, a generalização desses resultados deverá ser utilizada com cautela.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR-PALACIO, I.; CARRERA-LASFUENTES, P.; RABANAQUE, M. J. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 1, p. 39-41, 2015.

ALBERGA, A. S. *et al.* Overweight and obese teenagers: why is adolescence a critical period?. **Pediatric Obesity**, v. 7, n. 4, p. 261-273, 2012.

ALMEIDA, R. C. *et al.* Saúde emocional. **PROGEP**, v. 17, p. 4, 2020.

ALMEIDA, R. T.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M. Obesidade abdominal e risco cardiovascular: desempenho de indicadores antropométricos em mulheres. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 92, n. 5, p. 376-378, 2009.

ANDRADE, S. S. C. *et al.* Construction and validation of an instrument on the intended use of condoms among socially vulnerable women. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2867-2877, 2022.

ANVERSA, A.C. *et al.* Qualidade de vida e o cotidiano acadêmico: uma reflexão necessária. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 26, n. 3, p. 629, 2018.

ARAÚJO, C. Valores e desigualdade de gênero: mediações entre participação política e representação democrática. **Civitas**, v. 16, n. 2, p. 39-45, 2016.

ARAÚJO, G. B. Relationship between overweight and obesity and the development or worsening of chronic noncommunicable diseases in adults. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. 6-10, 2022.

ARIÑO, D. O.; BARDAGI, M. P. Relations between academic factors and mental health of university students. **Psicol Pesqui**, v. 12, n. 3, p. 47-48, 2018.

ARRUDA NETA, A. C. P. *et al.* Índice de conicidade como preditor de alterações no perfil lipídico em adolescentes de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 4-6, 2017.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE MEDICINA. Ama adots new policy clarifying role of BMI as a measure in medicine. **AMA**, 2024. Disponível em: <<https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/virtual-scribes-cut-physician-ehr-burdens-16>>. Acesso em 12 fev 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica no Brasil**: Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2022. 2021. Disponível em: <<https://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em 18 jun. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da Obesidade**. 2023. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>>. Acesso em 18 jun. 2023.

ASTRUP, A.; BRAND-MILLER, J. Diet composition and obesity. **The Lancet**, v. 379, n. 9821, p. 1100, 2012.

BARNET, T. A. *et al.* Findings from university hospital broaden understanding of obesity (sedentary behaviors in today's youth: approaches to the prevention and management of childhood obesity: a scientific statement from the American heart association). **Med Devices Surg Technol Week**, v. 138, n. 357, p. 142-159, 2018.

BASHATAH, A. Nutritional habits among nursing students using Moore Index for Nutrition Self Care: A cross-sectional study from the nursing school Riyadh, Saudi Arabia. **Nursing Open**, v. 7, p. 1848–1849, 2020.

BECKSTEAD, J.W. Content validity is naught. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, p. 1274-1283, 2009.

BELUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construction and validation of an instrument to assess the Reception with Risk Rating. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 5, p. 752, 2012.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment, and ethics. 2ª ed. Nova York: **Springer Publishing Company**, p. 8-21, 2009.

BERGER, A. M. *et al.* Sleep wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. **Oncol Nurs Forum**, v. 32, n. 6, p. 98-126, 2005.

BERNARDELLI, L. V. *et al.* Anxiety in the university and its relationship with social skills. **Avaliação**, v. 27, n. 1, p. 61, 2022.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP.** 2003. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, p. 100, 2003.

BISWAS, A. *et al.* Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. **Ann. Intern. Med.**, v. 162, p. 126-127, 2015.

BRAGA, V. A. S. *et al.* Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, n. e03293, p. 4-8, 2017.

BRANDÃO, I. *et al.* A psychiatric perspective view of bariatric surgery patients. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 42, v. 5, p. 122-128, 2015.

BRASIL. Código civil. **Artigo 1723 da Lei nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002.** 2002. Disponível em <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10613814/artigo-1723-da-lei-n-10406-de-10-de-janeiro-de-2002/atualizacoes>>. Acesso em 10 fev 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: **Ministério da Saúde**, p. 48-59, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de

cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de acesso público. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência social, família e combate à fome. O Cadastro Único no seu município. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2023.

BRASIL. O que é Gordofobia? Brasília: **Senado Federal**, 2022.

BRASIL. Vigitel Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2019.

BRAY, G. A. Medical consequences of obesity. **J Clin Endocrinol Metab**, v. 89, n. 6, p. 2583-2589, 2004.

BREWIS, A. A.; BRUENING, M. Weight Shame, Social Connection, and Depressive Symptoms in Late Adolescence. **Int J Environ Res Public Health**, v. 15, n. 5, p. 5-7, 2018.

BRITO, D. M. **O cotidiano escolar como base para pensar o papel político da escola**. 2020. 102 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação. Goiânia, 2020.

BUBLITZ, S. *et al.* Perfil sociodemográfico e acadêmico de discentes de enfermagem de quatro instituições brasileiras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 1, p. 79-81, 2015.

CANELLA, D. S.; NOVAES, H. M. D.; LEVY, R. B. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2334-2335, 2015.

CARDOSO, L. *et al.* Dissatisfaction with body image and associated factors in university students. **J. bras. psiquiatr.**, v. 69, n. 3, p. 159-161, 2020.

CARINO, A. C. C. **Sobrepeso em adolescentes e adultos jovens: uma teoria de médio alcance**. 2021. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2021.

CARLETO, C. T. *et al.* Adaptação à universidade e transtornos mentais comuns em graduandos de enfermagem. **Rev Eletr Enferm**, v. 20, n. v20a01, p. 5-7, 2018.

CASTRO, J. M. Prevalência de sobrepeso e obesidade e os fatores de risco associados em adolescentes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, n. 69, p. 87-88, 2018.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Definição de dose padrão**. 2014. Disponível em: <<https://cisa.org.br/index.php/sua-saude/informativos/artigo/item/48-definicao-de-dose-padrao>>. Acesso em 02 dez de 2020.

CERQUEIRA, L. S. **A associação do ganho de peso com o uso de quetiapina ou risperidona em pacientes com esquizofrenia: uma revisão sistemática**. 2017. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 2, p. 516-519, 2008.

CHIANCA, T. C. M. Classificações de enfermagem e pesquisa. In: TANNURE, M. C. H.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2011.

CONCEIÇÃO, V. M. *et al.* Systematization nursing care: an integrative review. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 8, n. 3, p. 398-411, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. In: **Conselho Federal de Enfermagem** [legislação na internet]. Brasília, 2024. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov>>. Acesso em 23 jan. 2024.

CORADINI, A. O.; MORÉ C. L. O. O.; SCHERER A. D. Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. **Nova perspect sist**, v. 26, n. 58, p. 25-33, 2017.

CORRÊA, A. K. *et al.* O perfil do aluno ingressante em um curso de bacharelado e licenciatura em enfermagem de uma instituição de ensino superior pública. **Educ. Rev.**, v. 34, n. e185913, p. 4-29, 2018.

CORRÊA, L. S. **Motivação de indivíduos adultos para adesão a dietas restritivas**. 2022. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2022.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 84-88, 2008.

COUSS, A. *et al.* Social representations of overweight and obesity: systematic review. **Bol Acad Paul de Psicol**, v. 41, n. 100, p. 129-131, 2021.

COUTINHO, J. *et al.* The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. **Arch. Clin. Psychiatry**, v. 37, n. 4, p. 147-149, 2010.

CRUZ, S. H.; SANON, R. B.; BOSA, C. A. Relação entre Apego e Obesidade: Revisão Sistemática da Literatura. **Psico**, v. 46, n. 1, p. 9-12, 2015.

DAMASCENO, M. M. C. *et al.* Sobrepeso em adolescentes de escolas públicas: desempenho de três critérios diagnósticos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 201-202, 2009.

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

FATIMA, Y.; DOI, S. A.; MAMUN, A. A. Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis. **Obes Rev**, v. 17, n. 11, p. 1154-1166, 2016.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart Lung**, v. 16, p. 625-629, 1987.

FERNANDES, M. I. C. D. **Construção e validação do diagnóstico de enfermagem Risco de volume de líquidos excessivo a partir de uma teoria de médio alcance**. 2018. 213 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Natal, 2018.

FERREIRA, C. S.; MACHADO, E. M. M.; MOREIRA, L. M. Enfrentamento da Obesidade: manual para atualização de professores. 1 ed. **Universidade Federal de Ouro Preto**, 2019.

FERREIRA, G. L. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes com insuficiência cardíaca**. 2017. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2017.

FERREIRA, P. L.; FERREIRA, L. N.; PEREIRA, L. N. Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. **Acta Med Port**, v. 26, n. 6, p. 265-267, 2013.

GARCIA, R. T. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 5-6, 2016.

GASPARETTO, R. M.; SILVA, R. C. C. Perfil antropométrico dos universitários dos cursos de nutrição, enfermagem, fisioterapia e educação física do centro universitário La Salle, Canoas/RS. **Rev. Assoc. Bras. Nutr.**, v. 4, n. 5, p. 30-32, 2012.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesity and poverty: the apparent paradox. A study among women from the Rocinha slum, Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1793-1799, 2005.

FINGER, I. O.; OLIVEIRA, M. S. A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade. 1 ed. Novo Hamburgo: **Sinopsys**, 2016.

FULCO, M. V. F. *et al.* Comportamento alimentar e seu reflexo sobre o estado nutricional de adolescentes de uma escola pública. **Rev. Adolesc. Saude**, v. 13, n. 1 p. 86-96, 2016.

GAZOS, W. M. J.; MARTINS, I. C.; GAZOS, S. M.; Análise e desenvolvimento de métodos de validação de diagnósticos de enfermagem em adultos: uma revisão. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 59, p. 4538-4539, 2020

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5a ed. São Paulo: **Atlas**, p. 121-123, 2010.

GOMES, C. *et al.* Transtornos mentais comuns em estudantes universitários. **SAMAD**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2020.

GONÇALVES, J. T. T. *et al.* Sociodemographic profile, hospitalizations and deaths by obesity in the Brazilian regions. **HU REV.**, v. 49, p. 2-5, 2023, p. 2-5.

GRATZ, K. L.; ROEMER, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 26, n. 1, p. 45-52, 2004.

HELLER, A. O Cotidiano e a História. 11ª ed. São Paulo: **Paz e Terra**, p. 1-176, 2016.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2021-2023. 12ª ed. Nova York: **Thieme**, p. 60-229, 2021.

HRUBY, A.; HU, F.B. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. **Pharmacoeconomics**, v. 33, p. 673-689, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Tipologia de áreas urbanas**. 2014. Disponível em: <<https://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/3485>>. Acesso em 19 jun 2023.

JACKSON, A. S.; POLLOCK, M. L. Generalized equations for predicting body density of men. **The British Journal of Nutrition**, v. 40, n. 3, p. 497-504, 1978.

JARDIM, V. M. R. Sobrepeso e obesidade entre pessoas com transtorno mental no sul do Brasil. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 3, p. 5-6, 2017.

JORDÃO, R. R. R. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem processos familiares interrompidos em mulheres privadas de liberdade**. 2020. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2020.

KOELZER, L. P. *et al.* The "look prejudiced": Social representations of photographs on social networks. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 438-441, 2016.

KOLOTKIN, R. L. *et al.* Validation of a new measure of quality of life in obesity trials: Impact of Weight on Quality of Life-Lite Clinical Trials Version. **Clin Obes**, v. 9, n. 3, p. 4-9, 2019.

LEAL, G. V. S. *et al.* O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 64-71, 2013.

LEAL, M. A. B. F. Associação entre fatores sociodemográficos e comportamentos de risco à saúde cardiovascular de adolescentes brasileiros com 13 a 17 anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 28, n. 3, p. 4-6, 2019.

LEAL, M. A. B. F *et al.* Fatores sociodemográficos e comportamentais associados ao excesso de peso em adolescentes brasileiros – 2015. **Rev. Adolescência e saúde**, v. 9, n. 2, p. 4, 2019.

LEÃO, A. M. *et al.* Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety among University Students in the Field of Health in a Large Urban Center in the Northeast of Brazil. **Rev. bras. educ. med.**, v. 42, n. 4, P. 58-61, 2018.

LEÃO, F. R. A. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Sentimento de impotência” em mulheres durante o parto normal.** 2020. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2020.

LEME, A. C. B.; PHILIPPI, S. T. Teasing and weight-control behaviors in adolescent girls. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 4, p. 431-436, 2013.

LEMOS, L. A. **Validação do diagnóstico de enfermagem Resposta disfuncional ao desmame ventilatório.** 2019. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

LIMA, A. C. R.; Oliveira, A. B. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 8-13, 2016.

LIMA, M. G. *et al.* Sleep duration, health status, and subjective well-being: a population-based study. **Rev Saude Publica**, v. 52, n. 82, p. 4-7, 2018.

LISOWSK, J. F. *et al.* Prevalence of overweight and obesity and associated factors in women of São Leopoldo/RS - Population-based study, **Cad. Saúde Colet.**, v. 27, n. 4, p. 382-385, 2019.

LOPES, J. M. **Projeto de intervenção: obesidade e sobrepeso em adultos nas Unidades Básicas de Saúde do município de Lassance – Minas Gerais.** 2022. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lassance, 2022.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: T. Heather Herdman, A. A. Napoleão, C. T. L.; Silva, V. M. (Org.). PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: **Artmed**, v. 4, p. 31-74, 2016.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAÚJO, T.L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, M. V.; SILVA, V. M.; HERDMAN, T. H. Causation and Validation of Nursing Diagnoses. **Int J Nurs Terminol Knowledge**, v. 28, p. 53-59, 2015.

LOPES, O. C. A. *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. 3-5, 2020.

LUNNEY, M. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. **Int J Nurs Terminol Classif**, v. 19, n. 4, p. 158-162, 2008.

LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int J Nurs Terminol Classif**, v. 21, n. 2, p. 82-88, 2010.

MACEDO, T. T. S. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 508, 2015.

MAIA, E. P. *et al.* Padrões alimentares, características sociodemográficas e comportamentais entre adolescentes brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 21, n. 1, p. 5-8, 2018.

MAIOLINO, R.; VIEIRA, G. C.; PASSOS, J. P. Factors of illness in primary care health workers. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. 6, 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4071-4076, 2021.

MALTA, M. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, e 190030, p. 4-7, 2019.

MANGUEIRA, S. O. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool**. 2014. 184 f. Tese (Doutorado Interinstitucional em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará / Universidade Federal de Pernambuco. Fortaleza, 2014.

MARTINS, B. G. *et al.* Depression, Anxiety, and Stress Scale: psychometric properties and affectivity prevalence. **J Bras Psiquiatr**, v. 68, n. 1, p. 35-35, 2019.

MATOS, S. M. R.; FERREIRA, J. C. S. Stress and eating behavior. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. 6-9, 2021.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 8-16, 2001.

MAURO, M. Y. C. *et al.* Night work and self-perceived body weight changes among nursing professionals. **Rev enferm UERJ**, v. 27, n. e31273, p. 4-5, 2019.

MELDRUM, D. R.; MORRIS, M. A.; GAMBONE, J. C. Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions - but do we have the will?. **Fertility and Sterility**, v. 107, n. 4, p. 833-839, 2017.

MELO, R. P. *et al.* Criteria for selection of experts for validation studies of nursing phenomena. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, 2013.

MENDES, L. C. *et al.* Desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças asmáticas: um estudo descritivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 372, 2012.

MENZEL, J. E. et al. Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: a meta-analysis. **Body Image**, v. 7, p. 161-170, 2010.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Em: Merhy E. E., Onoko R., editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2a ed. São Paulo: **Hucitec**; p. 113-150, 2002.

MIRANDA, J. M. Q. et al. Prevalence of overweight and obesity in childhood in educational institutions: public vs private. **Rev Bras Med Esporte**, v. 21, n. 2, p. 106, 2015.

MOREIRA, A. P. A. et al. Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 530-533, 2014.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 384, p. 766-781, 2014.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**, v, n. e32, p. 3, 2020.

NOVAIS, A. I. D. et al. Fatores associados ao ganho de peso após o ingresso na Universidade. **Rev. de Alim. Cult. Américas**, v. 1, n. 1, p. 60-79, 2020.

OLIVEIRA, E. S. et al. Level of physical activity and related factors in university health areas: a longitudinal study. **J. Phys. Educ.**v. 32, n. e3230, p. 4-6, 2021.

OMRON HEALTHCARE. **Manual de Instruções**: Balança de Controle Corporal (Balança de Bioimpedância) modelo HBF-514C. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Limite da OMS para o álcool é de 30g**. 2003. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/imprensa/jornais/impreso/118.htm>>. Acesso em 10 jan 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade y sobrepeso**. 2020. Disponível em <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 14 dez 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity and overweight**, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acesso em 16 dez 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: **World Health Organization**, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Strengthening mental health promotion**. Geneva, CH: **World Health Organization** (Fact sheet no. 220). 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Os objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em 14 dez 2020.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Analysis of Brazilian guidelines for obesity: pathologization of fat bodies, an approach focused on weight loss and anti-fat bias. **Saúde Soc.**, v. 29, n. 1, p. 4-11, 2020.

PASCOAL, L. M. **Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Padrão respiratório ineficaz e Troca de gases prejudicada**. 2015. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2015.

PASSOS, M. H. P. *et al.* Reliability and validity of the Brazilian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in adolescents. **J Pediatr**, v. 93, n. 2, p. 202-205, 2017.

PFAFFENSELLER, R. F. *et al.* Sociodemographic, behavioral and nutritional profile of adults attending a School Clinic of Nutrition in Salvador, Bahia. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 16, n. 3, p. 382, 2017.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Excesso de peso em universitários ingressantes e concluintes de um curso de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 4, p. 4, 2016.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem náusea. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.1, p. 51-56, 2014.

PORRECA, W. Relação conjugal: Desafios e possibilidades do “nós”. **Psic: Teor e Pesq**, v. 35, p. 5-8, 2019.

QUERINO, J. J.; ROCHA, C. E. Perfil da Automedicação entre Universitários dos Cursos da Saúde no Nordeste Brasileiro. **Rev Contexto & Saúde**, v. 23, n. 47, p. 5-6, 2023.

RAMOS, D. B. N. *et al.* Brazilian government proposals for actions to prevent and control overweight and obesity from a local perspective. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 12, 2020.

REISDORFER, E. *et al.* Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. **Rev. bras. de epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 582-594, 2012.

RIBEIRO, A. L. *et al.* Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. **Circulation, Dallas**, v.133, n.4, p.422-433, 2016.

RIBEIRO, M. A. S. *et al.* Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Rev Rene**, v. 14, n.1, p. 221, 2013.

RODRÍGUES-BARRIONUEVO, A. C.; RODRÍGUES-VIVES, M. A.; BAUZANO-POLEY, E. Revisión de los trastornos del sueño en la infancia. **Rev Neurol Clin**, v. 1, p. 150-171, 2000.

RODRIGUES, R. S. M.; CAVALCANTI, A. M. T. S.; SILVA, T. M. Diagnósticos de enfermagem em adolescentes com excesso de peso. **Rev. Rene**, v. 14, n. 1, p. 187-198, 2013.

ROY, S. C. Generating middle range theory: from evidence to practice. New York: **Springer**, p. 1-402, 2014.

SABRY, S. D. *et al.* Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Emotional Appetite Questionnaire among Portuguese-speaking women. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2636-2641, 2020.

SAHO, M. *et al.* Socio-demographic and academic characteristics of nursing students in professional training. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 10, n. 2, p. 283-285, 2021.

SALES, A. L.; LOPES, M. V. O. Indicadores clínicos de diagnósticos de enfermagem relacionados ao estado nutricional. **Rev. Rene**, v. 9, n. 2, p. 77, 2008.

SANTANA, D. D. *et al.* Temporal changes in the prevalence of disordered eating behaviors among adolescents living in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. **Psychiatry Res**, v. 253, p. 64-70, 2017.

SANTOLIN, C. B. History of obesity in the international classification of diseases (ICD): 1900 to 2018. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, v. 25, n. 3, p. 167-172, 2021.

SCARSELLA, C.; DESPRÉS; J. P. Tratamiento de la obesidad: necesidad de centrar la atención en los pacientes de alto riesgo caracterizados por la obesidad abdominal. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. S8-S17, 2003.

SCHMITZ, A. P.; KREUTZ, O. C.; SUYENAGA, E. S. ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS VERSUS EFEITO OBESOGÊNICO SOB A ÓPTICA DA QUÍMICA FARMACÊUTICA. **Electronic Journal of Pharmacy**, v. 12, n. 3, p. 24-33, 2015.

SILVA, D. A. *et al.* Distúrbios metabólicos e adiposidade em uma população rural. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 3, p. 489-498, 2008.

SILVA, G. A.; LANGE, E. S. N. Corporal image: The perception of the concept in obese female. **Psicol Argum**, v. 28, n. 60, p. 43-54, 2010.

SILVA, G. P. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de função cardiovascular prejudicada para avaliação de mulheres privadas de liberdade**. 2019. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2019.

SILVA, M. R.; MONTILHA, R. C. I. Contribuições da técnica Delphi para a validação de uma avaliação de terapia ocupacional em deficiência visual. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**, v. 29, p. 6-13, 2021.

SILVA, R. M. D. *et al.* Health alterations in nursing students after a year from admission to the undergraduate course. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, n. e03450, p. 4-6, 2019.

SILVA, V. M.; MAGALHAES, J. E. M.; DUARTE, L. L. Quality of sleep and anxiety are related to circadian preference in university students. **PLoS One**, v. 15, n. 9, p. 4-6, 2020.

SIMON, L. M. *et al.* Behavior and food habits in childhood: a review on the role of parents and school. **Perspectiva**, v. 46, n. 173, p. 120-122, 2022.

SIQUEIRA, T. F.; COLARES, V.; XIMENES, R. Questionnaire on standards of weight and feeding for adolescents (QEWPA): cross-cultural assessment and adaptation to Portuguese. **Adolesc Saúde**, v. 12, n. 2, p. 36-39, 2015.

SMITH, M. J.; LIEHR, P. R. Middle Range Theory for Nursing. Springer Publishing Company: LLC, 3<sup>o</sup> ed, p. 15-33, 2014.

SOARES, A. B. *et al.* Expectativas acadêmicas de estudantes nos primeiros anos do Ensino Superior. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 1, p. 206-223, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, p. 1-51, 2010.

SOUZA, M.; CALDAS, T.; DE ANTONI, C. Fatores de adoecimento dos estudantes da área da saúde: uma revisão sistemática. **Rev. Psicol. Saúde e Debate**, v. 3, n. 1, p. 117-121, 2017.

SOUZA, N. M. G. **Padrão respiratório ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas: construção e validação por juízes de uma teoria de médio alcance.** 2017. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2017.

STUNKARD, A. J.; SORENSEN, T.; SCHULSINGER, F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: KETY, S. S. *et al.* The genetics of neurological and psychiatric disorders. Nova York: **Raven Press**, p. 115-120, 1983.

SWANSON S.A. *et al.* Monte Carlo investigation of factors influencing Latent Class Analysis: an application to eating disorder research. **IntJ Eat Disord**, v. 45, n. 5, p. 677–684, 2012.

TEIXEIRA, M. A. P. *et al.* Adaptação à universidade em jovens calouros. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 12, n. 1, p. 190-196, 2008.  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Portal da UFRN: Institucional - Sobre a UFRN**. 2023. Disponível em: <<https://www.ufrn.br/institucional/sobre-a-ufrn>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

URBANETTO, J. S. *et al.* Estresse e sobrepeso/obesidade em estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, n. e3177, p. 4-6, 2019.

VALDEZ, R. A simple model-based index of abdominal adiposity. **J Clin Epidemiol**, v. 44, p. 955-956, 1991.

VIEIRA, C. E. N. K. *et al.* Nursing Diagnosis of overweight and related factors in adolescents. **Invest Educ Enferm**, v. 33, n. 3, p. 512-513, 2015.

VINHOLES, D. B. **Frequência de hábitos saudáveis de alimentação na população adulta de Pelotas – RS**. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2006.

WEINBERGER, N. A. *et al.* Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Obesity Facts**, v. 9, n. 6, p. 424-441, 2017.

WEIPING, J.; LIU, F. Obesity: causes, consequences, treatments, and challenges. **J Mol Cell Biol**, v. 13, n. 7, P. 463-465, 2021.

WOLFF DE-MATOS, B.; MACHADO, L. M.; HENTSCHE, G. S. Psychological Aspects Related to Obesity: Case Report. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 16, n. 1, p. 43-45, 2020

ZELLNER, D. A; SAITO, S.; GONZALEZ, J. The effect of stress on men's food selection. *Appetite*, v. 49, n. 3, p. 696-699, 2007.

ZHOU, X.; OBUCHOWSKI, N. A.; MCCLISH, D. K. Statistical methods in diagnostic medicine. Nova York: **Wiley Interscience**, p. 13-260, 2002.

**APÊNDICE**

**APÊNDICE A** - Carta convite para a participação dos juízes na validade de conteúdo do diagnóstico Sobrepeso



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM**

**CARTA CONVITE**

Prezado (a),

Sou Ana Carolina Costa Carino, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Validação do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários”, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira (CEP/UFRN nº 4.953.282).

Venho por meio desta solicitar a sua colaboração na análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso. A pesquisa conta com um questionário *online*, construído via *Google Docs Forms* e composto por duas partes, a saber: (1) caracterização dos especialistas e (2) análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários. Será avaliado o conteúdo do diagnóstico de enfermagem por meio de escalas Likert e, caso julgue necessário, contará com espaço aberto para sugestões. O tempo estimado para responder as perguntas é de, no máximo, 40 minutos. Saliento que o (a) senhor (a) participará da segunda etapa deste estudo: a análise de conteúdo por juízes.

A pesquisa não oferece risco à sua integridade física, entretanto, em virtude do raciocínio complexo requerido para o preenchimento do instrumento, a pesquisa pode oferecer risco de cansaço mental. Será dado o prazo de 15 dias para que o (a) senhor (a) responda o instrumento. Ao preenchê-lo, suas respostas serão enviadas automaticamente.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para o aprimoramento das informações referentes ao diagnóstico de enfermagem Sobrepeso e permitindo o avanço dos estudos no campo da sistematização da assistência de enfermagem.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito que leia e assine virtualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de dúvidas e/ou questionamentos, pode entrar em contato pelo e-mail remetente.

Estamos no aguardo de sua resposta, e desde já agradecemos por sua honrosa colaboração.

Atenciosamente, Ana Carolina Costa Carino e Profa. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

**Link de acesso ao questionário:** <https://forms.gle/PUgGY3uQoq4akSMEA>

**APÊNDICE B** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os juízes participantes da análise de conteúdo do diagnóstico Sobrepeso



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

***Esclarecimentos***

Este é um convite para você participar da pesquisa: Validação do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários, que têm como pesquisadora responsável Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

Esta pesquisa pretende validar o conteúdo e a clínica do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários da área da saúde. Para tanto, foi identificado o conhecimento produzido na literatura acerca dos componentes do referido diagnóstico de enfermagem, bem como construído a definição do rótulo diagnóstico proposto e identificado os antecedentes e consequentes clínicos, com suas respectivas definições conceituais e operacionais. Necessita-se ainda, que o conteúdo construído seja analisado por especialistas, julgando os itens encontrados como relevantes para o instrumento de coleta clínico. Posteriormente, os dados serão coletados com a amostra pré-determinada de estudantes universitários da área da saúde, visando identificar especificidade e sensibilidade dos indicadores clínicos.

O motivo que nos leva a fazer este estudo relaciona-se a pesquisa realizada anteriormente, na qual foi constatada a elevada prevalência do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em adultos jovens, principalmente durante o ensino superior. Desse modo, tendo-se em vista a presença do referido diagnóstico repercutir negativamente na saúde e qualidade de vida futura dos graduandos, com o aumento de comorbidades associadas, e consequentemente no acréscimo dos gastos para a esfera pública, acredita-se que o estudo dos antecedentes e consequentes clínicos facilitaria a inferência diagnóstica e intervenção por parte do enfermeiro nessa clientela, proporcionando cuidados de enfermagem mais direcionados.

Caso decida participar, sua atuação envolverá a segunda etapa desta pesquisa: a análise de conteúdo por especialistas. Para tanto, o (a) senhor (a) receberá via correio eletrônico um instrumento contendo duas partes, na primeira o (a) senhor (a) preencherá com dados de sua atuação profissional e na segunda parte estarão listados os itens contidos no instrumento de pesquisa destinado à medição dos atributos essenciais, definição conceitual, antecedentes e consequentes clínicos do diagnóstico Sobrepeso em universitários, sendo de sua incumbência julgar e assinalar ao lado de cada item se esse é capaz de mensurar o diagnóstico elencado neste estudo. Para o preenchimento do instrumento o (a) senhor (a) gastará no máximo 40 minutos.

A pesquisa não oferece risco à sua integridade física, entretanto, em virtude do raciocínio complexo requerido para o preenchimento do instrumento, a pesquisa pode oferecer

risco de cansaço mental. Para sanar esse possível cansaço, caso o participante demonstre que não tem condições de terminar, ele poderá responder em um momento posterior. Assim, com o objetivo de minimizar esse risco, será dado o prazo de 15 dias para que o (a) senhor (a) responda o instrumento.

A pesquisa não oferece benefícios diretos para você. Entretanto, por tratar-se de um estudo de validação, constitui um facilitador para elencar os diagnósticos de enfermagem presentes na taxonomia da NANDA Internacional no contexto global da prática profissional, sendo amparado por uma pesquisa científica.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada Unidade de Saúde da Família mais próxima de sua residência e/ou pelo Serviço de Atendimento Móvel às urgências do seu estado, sob a responsabilidade do pesquisador principal.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável Dr<sup>a</sup>. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira, por meio do telefone (84) 3215-3889.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa UFRN - Lagoa Nova Campus Central (CEP Central/UFRN) – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3215-3135 ou (84) 9.9193-6266, e-mail cepufrn@reitoria.ufrn.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08h00min às 12h00min e das 14h00min às 18h00min, na Rua das Artes, S/N. Campus Central UFRN. Lagoa Nova. Natal/RN. CEP: 59075-000.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

### ***Consentimento Livre e Esclarecido***

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa (título da pesquisa), e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

---

**Assinatura do participante da pesquisa*****Declaração do pesquisador responsável***

Como pesquisador responsável pelo estudo Validação do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal,01/08/2022.

---

**Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável**

**APÊNDICE C - Instrumento para a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem  
Sobrepeso em universitários**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM**

**Instrumento de coleta de dados para a análise de conteúdo do diagnóstico de  
enfermagem Sobrepeso em universitários**

**Parte 1 – Caracterização dos especialistas**

1.1 Nome (iniciais):	1.2 Idade (anos):
1.3 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Transgênero ( ) Outro	
1.4 Local de procedência:	1.5 Tempo de conclusão da graduação (anos):
1.6 Maior titulação obtida: ( ) Ensino médio completo ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós doutorado	
1.7 Atuação profissional ( ) Assistência ( ) Docência ( ) Pesquisa	
1.8 Tempo de experiência profissional (anos):	1.9 Uso do Processo de enfermagem na sua prática profissional atual: ( ) Sim ( ) Não
1.10 Local em que exerceu atividades profissionais (últimos 12 meses): ( ) Hospital ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Instituição de Ensino ( ) Outro	
1.11 Desenvolve ou desenvolveu estudos nas temáticas: ( ) Processo de enfermagem ( ) Diagnóstico de enfermagem ( ) Saúde do adolescente ( ) Saúde do adulto	
1.12 Participação em grupo de pesquisa nas seguintes áreas (últimos 5 anos): ( ) Processo de enfermagem ( ) Saúde do adulto ( ) Saúde do adolescente ( ) Hábitos de vida ( ) Outro	
1.13 Participação em eventos científicos nas seguintes áreas (últimos 5 anos): ( ) Processo de enfermagem ( ) Saúde do adulto ( ) Saúde do adolescente ( ) Hábitos de vida ( ) Outro	

## Parte 2 – Análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários

Leia as questões referentes aos componentes do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários, e em seguida, marque o escore que julgar condizente.

**Considere:** o escore zero (0) significa que o item não está adequado, escore um (1), o item está muito pouco adequado, escore dois (2), o item está de algum modo adequado, três (3), o item está consideravelmente adequado, e quatro (4), o item está adequado.

**Lembre-se:** o termo adequado significa apropriado/correto no que tange ao identificado na literatura e na prática clínica. A definição conceitual descreverá o significado dos antecedentes e consequentes clínicos e a definição operacional descreverá como estes deverão ser mensurados na prática clínica. Destaca-se que a clientela da pesquisa é “jovem universitário”. Se houver sugestões sobre algum item, o (a) senhor (a) poderá escrever no final do item avaliado.

### 2.1 Atributos essenciais do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários

A seguir estão listados os atributos essenciais e suas definições conceituais e operacionais identificadas na literatura, referentes ao Diagnóstico de Enfermagem Sobrepeso em universitários. O atributo essencial é adequado? As definições conceituais e operacionais estão adequadas? Marque a opção mais adequada considerando os escores (0-4).

#### 2.1.1 Índice de massa corporal intermediário

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Índice de massa corporal (IMC) variando entre 25,0 kg/m<sup>2</sup> e 29,9 kg/m<sup>2</sup> (Organização Mundial da Saúde, 2000; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Calcular o IMC do indivíduo. O índice é calculado da seguinte maneira: divide-se o peso do participante pela sua altura elevada ao quadrado. Em caso de um resultado entre 25 kg/m<sup>2</sup> e 29 kg/m<sup>2</sup>, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.1.2 Adulto Jovem

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Faixa etária referente a um período da vida do indivíduo, correspondente a idade entre 18 e 24 anos (Tissot; Colossi, 2015).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo sobre a sua idade em anos. Em caso de valores entre 18 e 24 anos, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

## 2.2 Definição do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários

Definição: Índice de massa corporal intermediário, superior ao esperado para a idade do adulto jovem.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

## 2.3 Antecedentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários

A seguir estão listados os antecedentes clínicos (causas) e suas definições conceituais e operacionais identificadas na literatura, referentes ao Diagnóstico de Enfermagem Sobrepeso em universitários. O antecedente clínico é adequado? As definições conceituais e operacionais estão adequadas? Marque a opção desejada considerando os escores (0-4).

### 2.3.1 Baixa qualidade de sono

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Ocorre quando o indivíduo apresenta uma média inferior a sete a oito horas de sono, em 24 horas, com mais de 5% de despertares noturnos (Buysse *et al.*, 1989; Berger *et al.*, 2005; Passos *et al.*, 2017).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto às horas de sono noturnas e a sensação de descanso por meio da aplicação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh ([http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1173/sono.pdf](http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/sono.pdf)). Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam distúrbio do sono. Utilizar-se-á também a Escala de Sonolência de Epworth (<http://neuroteste.com.br/arquivos/Sonolencia-Epworth.pdf>), a fim de medir a sonolência diurna dos participantes. Pontuações de 1 - 6 pontos indicam sono normal, de 7 - 8 pontos uma sonolência média e de 9 - 24 pontos uma sonolência anormal (possivelmente patológica). Quando o escore global for igual ou superior a 5 para Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e igual ou superior a 7 para a Escala de Sonolência de Epworth, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.2 Sedentarismo

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Hábito de vida que se caracteriza pela frequência de atividade física semanal inferior a 2 vezes por semana e tempo de atividade física aeróbica inferior a 150

minutos para exercícios moderados ou 75 minutos para os de vigor intenso (Organização Mundial da Saúde, 2020).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo sobre os minutos, intensidade e frequência gastos com atividade física, por meio do Questionário Internacional de Atividade Física – forma curta (<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931/1222>). Caso não realize atividade física ou relate valores inferiores aos preconizados, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.3 Estresse

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Definição conceitual: Conjunto de reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais de uma determinada pessoa a estímulos ambientais (Chiavenato, 1989; Lipp; Malagris, 2001).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo se a sua ingesta alimentar sofre aumento em situações de estresse cotidiano, por meio do Questionário de Apetite Emocional (<https://www.scielo.br/j/csc/a/4DvLzzYjZpzygLhrpW8pYH/?lang=pt&format=pdf>, p. 2637). Em caso do relato de consumo alimentar “maior” ou “muito maior” associado a fatores emocionais, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.3.4 Etilismo

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: O álcool é uma droga psicotrópica, que atua no sistema nervoso central e provoca mudança de comportamento. As pessoas saudáveis podem consumir, no máximo, 30 gramas de álcool por dia. Na prática, 1 dose corresponde a 14 g de álcool ou a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de destilado (Reisdorfer *et al.*, 2012; Organização Mundial da Saúde, 2013; Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2014).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto a quantidade (ml) consumida de álcool e sua frequência, de acordo com o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (<https://subpav.org/download/prot/Question%C3%A1rio%20AUDIT>). Caso o *score* obtido seja superior a 8 pontos, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.3.5 Hábitos alimentares inadequados

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Caracteriza-se pelo desequilíbrio energético entre as calorias ingeridas e as utilizadas metabolicamente, devido ao maior consumo de alimentos com alto teor energético (principalmente os relacionados à maior concentração de gorduras) (Astrup; Brand-Miller, 2012; Organização Mundial da Saúde, 2013).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto aos seus hábitos alimentares, baseado no Questionário de frequência de hábitos alimentares (<http://repositorio.ufpel.edu.br:8080/bitstream/prefix/3397/1/Daniele%20Vinholes.pdf>, p. 89), presente no anexo G. Caso observado à ausência de rotina alimentar, a preferência pelo consumo de carboidratos e alimentos açucarados e/ou o conhecimento deficiente sobre hábitos de vida saudáveis, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.6 Histórico pessoal ou familiar de excesso de peso

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Histórico de excesso de gordura corporal em relação à massa magra, determinada por fatores genéticos, comportamentais, ambientais e culturais. Caracteriza-se pela disponibilidade de alimentos processados, energeticamente densos e pobres em nutrientes e a ausência de alimentos ricos em fibras, vitaminas e minerais. Bem como a predisposição familiar, devido à presença de pessoas obesa e/ou sobrepeso na família (Coradini; Moré; Sherer, 2017).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questioná-lo sobre o peso médio na infância e/ou adolescência e/ou histórico de parente direto de excesso de peso. Caso relate excesso de peso pessoal e/ou familiar, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.7 Menarca anterior aos 12 anos

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Quando a menarca, que é a primeira menstruação da mulher indicando que é fértil e capaz de engravidar, ocorre antes dos 12 anos de idade (Costa; Gualda, 2008).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar a mulher sobre a idade da sua menarca. Caso tenha ocorrido antes dos 12 anos, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.8 Renda domiciliar moderada

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Total de renda média familiar igual ou superior a 9 salários mínimos, equivalente à classe média, tendo em vista o valor do salário mínimo em 2022 igual a R\$ 1.212,00 (Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2014).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Coleta de informações acerca da renda declarada total dos membros da família. Em caso igual ou superior ao estimado, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.9 Residir em área urbana

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Moradia localizada em unidade territorial que corresponde ao ajustamento do perímetro urbano, consagrado nos instrumentos jurídicos de ocupação de solos para a povoação com categoria de cidade (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto ao endereço da sua moradia. Caso esteja localizada em área urbana, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.10 União estável

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: É considerada união estável a relação de convivência entre duas pessoas, a qual é duradoura e foi estabelecida com a finalidade de constituir família (Brasil, 2002).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo sobre sua família. Caso seja casado ou declare união estável, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.11 Sexo feminino

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Corresponde ao indivíduo do sexo feminino, que apresenta dois cromossomos sexuais X (Araújo, 2016).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Verificar durante o preenchimento do questionário a opção marcada pelo indivíduo: masculino ou feminino. Em caso da opção “feminino”, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.12 Uso de drogas obesogênicas

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Uso de fármacos com tendência à indução de peso e desordens metabólicas, como por exemplo corticoides, antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos (Schmitz; Kreutz; Suyenaga, 2015).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo sobre fármacos ingeridos diariamente, de maneira contínua (sem data para término do tratamento). Caso relate uso de drogas obesogênicas, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

### 2.3.13 Vínculo acadêmico ativo

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Refere-se ao ingresso no ensino superior, responsável por implementar um senso de identidade autônomo, por meio da escolha profissional (Teixeira *et al.*, 2008).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar o indivíduo quanto ao seu curso e semestre acadêmico. Caso esteja matriculado em alguma instituição de ensino, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.4 Consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários

A seguir estão listados os consequentes clínicos (sinais/sintomas) e suas definições conceituais e operacionais identificadas na literatura, referentes ao Diagnóstico de Enfermagem Sobrepeso em universitários. O consequente clínico é adequado? As definições conceituais e operacionais estão adequadas? Marque a opção mais adequada considerando os escores (0-4).

##### 2.4.1 Autopercepção de saúde negativa

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Constitui um indicador subjetivo da percepção do indivíduo sobre a própria saúde, como aspectos relacionados ao bem-estar e a insatisfação com a própria vida (Aguilar-Palacio; Carrera-Lasfuentes; Rabanaque, 2015).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Aplicação de questionário *COOP/WONCA Charts* (<http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Saude-Mental-Portugues-07-03.pdf>). No caso de resposta equivalente a saúde “regular” e/ou "um pouco pior" e/ou limitações do bem-estar relacionados à aspectos emocionais, o item estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

##### 2.4.2 Histórico de comportamento restritivo

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Histórico de comportamento para controle do peso baseado em alimentação restritiva, comportamentos bulímicos e internalização do ideal da magreza (Menzel *et al.*, 2010).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar se o indivíduo é adepto de dietas restritivas ou sem orientação profissional levando a sucessivas tentativas de perda de peso, bem como histórico de compulsão alimentar, bulimia e/ou hipervalorização do corpo ideal, por meio do Questionário sobre Padrões de Peso e Alimentação para Adolescentes (<https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v12n2a04.pdf>, p. 36). Em caso positivo para três ou mais questionamentos, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.4.3 Distúrbios metabólicos

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Refere-se aos distúrbios que produzem alterações no metabolismo de lipídios, glicose e insulina (Scarsella; Després, 2003; Silva *et al.*, 2008).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar se o indivíduo possui Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Disfunção da tireoide, Doenças cardiovasculares e/ou Intolerância à lactose. Em caso positivo para um desses questionamentos, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.4.4 Excesso de peso

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Acúmulo excessivo de gordura corporal, evidenciado por um índice de adiposidade maior do que  $23,6 \pm 3,7$  para homens, e  $34,3 \pm 2,9$  para mulheres (Organização Mundial da Saúde, 2000; Bergman *et al.*, 2011; Poll; Wichmann; Constantin, 2015).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Será mensurado através do índice de adiposidade corporal (IAC), calculado a partir da medida da circunferência do quadril e da estatura na fórmula: % de gordura =  $[\text{quadril cm} / (\text{altura cm} \times \sqrt{\text{altura m}})] - 18$ . Quando o resultado for superior a  $23,6 \pm 3,7$  para homens e  $34,3 \pm 2,9$  para mulheres, o item estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.4.5 Insatisfação com a imagem corporal

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Insatisfação dos adolescentes e adultos jovens com o peso, a altura e diferentes áreas do corpo, o que gera sentimentos negativos (Leme; Philippi, 2013).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Questionar os indivíduos quanto à presença de sentimentos de negatividade corporal e autodepreciativos associados à autoimagem através da Escala de Estima Corporal

([https://ria.ua.pt/bitstream/10773/18388/1/65339\\_disserta%c3%a7%c3%a3omestrado.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/18388/1/65339_disserta%c3%a7%c3%a3omestrado.pdf), p. 55). Em caso de insatisfação com a aparência e desejo de mudança corporal, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.4.6 Pressão arterial aumentada

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: Condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, atingindo PA  $\geq 140/90$  mmHg (Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Verificar a PA do indivíduo no início e no final do preenchimento do questionário, a fim de calcular a média aritmética, equivalente ao quadro de Hipertensão arterial sistêmica. Em caso positivo, a característica estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.4.7 Saúde mental prejudicada

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição conceitual: É a ausência do estado de bem-estar, no qual o indivíduo não exprime as suas capacidades, enfrenta os estressores normais da vida, trabalha produtivamente e de modo frutífero, e/ou contribui para a sua comunidade (Organização Mundial da Saúde, 2001).

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

Definição operacional: Aplicar a Escala de ansiedade, depressão e estresse (EADS) de 21 itens (<http://ambulim.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Escala-de-Depressao-Ansiedade-Estresse.pdf>). Em caso de *score* superior a 10, o item avaliado estará presente.

0  1  2  3  4

Sugestões e comentários: \_\_\_\_\_

#### 2.5 Inclusão de antecedentes e consequentes clínicos do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em Universitários

A seguir, analise a possibilidade de inclusão de outros antecedentes e consequentes clínicos para o diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários.

2.5.1 Considera que existem antecedentes clínicos que deveriam ser acrescentados ao Diagnóstico de Enfermagem Sobrepeso em universitários?

Sim  Não

Se sim, expresse o(s) nome(s) do(s) antecedente(s) clínico(s) e sua justificativa.

---

---

2.5.2 Considera que existem consequentes clínicos que deveriam ser acrescentados ao Diagnóstico de Enfermagem Sobrepeso em universitários?

Sim  Não

Se sim, expresse o(s) nome(s) do(s) consequentes(s) clínico(s) e sua justificativa.

---

---

**APÊNDICE D** – Programação detalhada do “I Curso sobre Promoção da Saúde: entendendo diagnósticos de enfermagem no cotidiano acadêmico de adultos jovens”.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM**  
**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO**

**PROGRAMAÇÃO DETALHADA DO CURSO DE EXTENSÃO**

**I CURSO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE: ENTENDENDO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO COTIDIANO ACADÊMICO DE ADULTOS JOVENS**

Esse curso tem como objetivo refletir sobre a qualidade de vida dos discentes de graduação em enfermagem, verificando a aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem Comportamento de saúde propenso a risco, Estilo de vida sedentário e Sobrepeso no cotidiano acadêmico. Será desenvolvido com uma carga horária de 16h, dividida em encontros síncronos e assíncronos, englobando temáticas voltadas para a promoção da saúde e para os diagnósticos de enfermagem em adultos jovens universitários. As temáticas serão ministradas por professores de enfermagem e enfermeiros experts na área, além de contar com a participação de outros profissionais de saúde. Segue abaixo o cronograma:

	<b>Data</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Carga horária</b>	<b>Modalidade</b>
<b>01</b>	Contínuo	Agendamento/Participação da avaliação física em saúde via <i>Calendly</i> .	4h	Híbrido
<b>02</b>	05/10/2023	Leitura complementar: artigos e documentos sobre a temática.	5h	Assíncrono
<b>03</b>	13/10/2023	Atividade educativa via <i>Forms/Socrative</i> .	4h	Assíncrono
<b>04</b>	27/10/2023	Mesa redonda “Dialogando sobre a promoção da saúde no cotidiano universitário: um olhar ampliado”.	3h	Síncrono

**APÊNDICE E** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da validação clínica do diagnóstico Sobrepeso



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

***Esclarecimentos***

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Validação do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários”, que tem como pesquisador responsável Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira.

Esta pesquisa pretende validar o conteúdo e a clínica do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em estudantes universitários.

O motivo que nos leva a fazer este estudo foi à necessidade de desenvolver pesquisas para revisar e validar o conteúdo de Diagnósticos de enfermagem, tornando-os mais robustos, com a pretensão de facilitar sua incorporação na prática clínica do enfermeiro e servir de base para o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem. Dessa forma, contribuindo para a melhoria do conhecimento, habilidades e atitudes dos enfermeiros, principalmente no fortalecimento do pensar crítico, reflexivo, proativo, empoderador e voltado para a melhoria do estilo de vida, promoção da saúde e prevenção de doenças em estudantes universitários na área da saúde.

Caso decida participar será realizada uma entrevista seguida por um exame físico localizado. No primeiro momento você deverá responder a um formulário com questões acerca do seu estado de saúde atual e passado, assim como estilo de vida. No segundo momento, será realizado um exame físico com o intuito de avaliar o peso, a altura, circunferência abdominal e pressão arterial sistêmica. A primeira e a segunda etapa serão realizadas em um tempo de 30 minutos. O pesquisador garantirá a realização da pesquisa em ambiente adequado e reservado para garantir a privacidade do participante.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos, como: cansaço mental e possível risco de constrangimento com alguma pergunta. Porém para sanar esse possível cansaço mental, caso o participante demonstre que não tem condições de terminar, faremos em um outro momento acordado com o participante. Para minimizar o risco de constrangimento caso o participante sinta vergonha ou demonstre alguma instabilidade emocional causada por alguma(s) pergunta(s) do questionário, a pesquisadora responsável irá encaminhá-lo para o Programa de Atenção à Saúde Mental do Estudante, disponível gratuitamente na UFRN, a saber: Plantão psicológico, que ocorre nas terças e

quintas-feiras, por ordem de chegada, das 8:00 às 12:00h e das 14:00 às 17:00h no Serviço de Psicologia Aplicada – SEPA. Poderemos orientar também o direcionamento para algum dos serviços especializados em saúde mental disponíveis pela Secretaria Municipal de Saúde para a população, a saber: CAPS I Oeste - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil ou CAPS III 24H Leste - Centro de Atenção Psicossocial III. Você não terá benefício diretamente, no entanto, com esta pesquisa, será possível melhorar a qualidade do cuidado prestado pela enfermagem.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada pelo serviço de saúde do estado mais próximo, sob a responsabilidade da pesquisadora principal.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira, responsável pela pesquisa, por meio do telefone (84) 3215-3889.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa UFRN - Lagoa Nova Campus Central (CEP Central/UFRN) – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3215-3135 ou (84) 9.9193-6266, e-mail cepufrn@reitoria.ufrn.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08h00min às 12h00min e das 14h00min às 18h00min, na Rua das Artes, s/n. Campus Central UFRN. Lagoa Nova. Natal/RN. CEP: 59075-000.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

### ***Consentimento Livre e Esclarecido***

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa validação dos diagnósticos de enfermagem comportamento de saúde propenso a risco, estilo de vida sedentário e sobrepeso em universitários, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

---

**Assinatura do participante da pesquisa*****Declaração do pesquisador responsável***

Como pesquisador responsável pelo estudo validação do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023.

---

**Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável**

APÊNDICE F – Instrumento de coleta de dados para validação clínica do diagnóstico de enfermagem Sobre peso em universitários



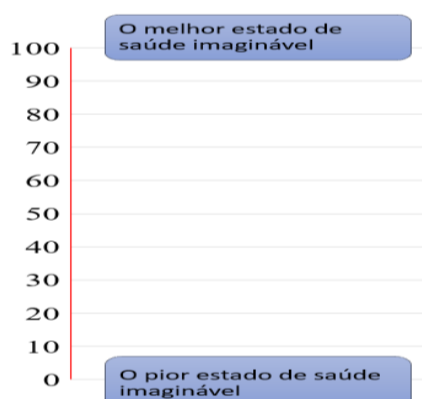
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM**  
**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>1) Dados sociais:</b>	
<b>1.1 Iniciais:</b>	<b>1.2 Idade (anos completos):</b>
<b>1.3 Estado civil:</b> ( ) Com companheiro(a) ( ) Sem companheiro(a)	<b>1.4 Sexo:</b> ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Não informar
<b>1.5 Identidade de gênero:</b> ( ) Mulher Cisgênera ( ) Homem Cisgênero ( ) Travesti ( ) Mulher Transexual ( ) Homem Transexual ( ) Gênero Fluido ( ) Identidade Queer ( ) Outro: _____ ( ) Não informar	<b>1.6 Orientação sexual:</b> ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) Assexual ( ) Panssexual ( ) Outro: _____ ( ) Não informar
<b>1.7 Cor/Raça:</b> ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena	<b>1.8 Religião:</b> ( ) Praticante ( ) Não praticante
<b>1.9 Você se considera uma pessoa com deficiência?</b> ( ) Sim, qual? _____ ( ) Não	<b>1.10 Anos de estudo:</b>
<b>1.11 Ano de ingresso à universidade:</b>	<b>1.12 Atual semestre acadêmico:</b>
<b>1.13 Renda familiar (SM):</b>	<b>1.14 Com quantas pessoas vive?:</b>
<b>1.15 Você é o responsável pela gestão financeira e doméstica do seu lar?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>1.16 Ocupação:</b> ( ) Estudante sem vínculo empregatício ( ) Estudante com vínculo empregatício	
<b>1.16.1 Se vínculo:</b> Carga horária semanal: _____ h ( ) NA	<b>1.16.2 Período:</b> ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) NA
<b>1.16.3 Considera as condições de trabalho adequadas?</b> ( ) Sim ( ) Não ( ) NA	
<b>1.17 Local de habitação:</b> ( ) Urbano ( ) Rural	<b>1.18 Procedência:</b> ( ) Capital/RN ( ) Interior/RN ( ) Outro: _____
<b>2) Dados clínicos:</b>	

<b>2.1 Você possui o diagnóstico de alguma doença progressiva? ( ) Sim ( ) Não</b>	
1. ( ) Hipertensão arterial 2. ( ) Diabetes Mellitus 3. ( ) Dislipidemia 4. ( ) Disfunção da tireoide 5. ( ) Intolerância à lactose 6. ( ) Ansiedade 7. ( ) Depressão 8. ( ) Transtornos Alimentares 9. ( ) Transtorno Afetivo Bipolar 10. ( ) Transtorno obsessivo-compulsivo 11. ( ) Esquizofrenia 12. ( ) Estresse pós-traumático	13. ( ) Transtorno de personalidade Borderline 14. ( ) Angina 15. ( ) Infarto 16. ( ) Insuficiência cardíaca 17. ( ) Arritmias 18. ( ) Cardiopatias 19. ( ) Trombose 20. ( ) Varizes 21. ( ) Doença arterial periférica 22. ( ) Arteriosclerose 23. ( ) Outros _____
<b>2.2 Você faz uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos? ( ) Sim ( ) Não</b>	
<b>2.3 Você realiza o tratamento corretamente e a doença crônica encontra-se controlada? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA</b>	
<b>2.4 Quantos anos você tinha quando ocorreu a menarca (primeira menstruação)? _____ anos. ( ) NA</b>	
<b>2.5 Gordura corporal</b>	
<b>a. Índice de Conicidade</b> Circunferência da cintura (m) _____ Massa corporal (kg) _____ Estatura (m) _____ Circunferência do quadril (m) _____ <b>TOTAL:</b> _____ ( ) Sobrepeso identificado ( ) Não identificado	
<b>b. Índice de massa corporal</b> Peso (kg) _____ Altura (m) _____ <b>TOTAL:</b> _____ ( ) Sobrepeso identificado ( ) Não identificado	
<b>c. Bioimpedância</b> Gordura corporal (%) _____ Músculos esqueléticos (%) _____ Metabolismo basal (kcal) _____ Idade corporal (anos) _____ Nível de gordura visceral _____ ( ) Sobrepeso identificado ( ) Não identificado	
<b>d. Dobras cutâneas</b> Tríceps (%) _____ Subaxilar (%) _____ Subescapular (%) _____ Abdominal (%) _____ Supra-ílica (%) _____ Coxa (%) _____ <b>TOTAL:</b> _____ ( ) Sobrepeso identificado ( ) Não identificado	
<b>3) Dados comportamentais:</b>	
<b>3.1 Autopercepção da saúde: Questionário EQ-5D.</b>	
<b>Dimensão</b>	<b>Nível</b>

Mobilidade	(1) Não tenho problemas em andar (2) Tenho alguns problemas em andar (3) Tenho de estar na cama
Cuidados pessoais	(1) Não tenho problemas em cuidar de mim (2) Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me (3) Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a
Atividades habituais	(1) Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais (2) Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais (3) Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais
Dor/mal-estar	(1) Não tenho dores ou mal-estar (2) Tenho dores ou mal-estar moderados (3) Tenho dores ou mal-estar extremos
Ansiedade/depressão	(1) Não estou ansioso/a ou deprimido/a (2) Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a (3) Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a



Nós gostaríamos de saber o quão boa ou má a sua saúde está **HOJE**. Esta escala é numerada de 0 a 100.

**100 (cem)** significa a melhor saúde que você possa imaginar; **0 (zero)** significa a pior saúde que você possa imaginar.

Por favor mostre com um X na escala para indicar como a sua saúde está HOJE.

### 3.2 Sedentarismo: Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

**1a.** Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração. \_\_\_\_\_ dias por SEMANA ( ) Nenhum

**1b.** Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia? horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

**2a.** Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA) \_\_\_\_\_ dias por SEMANA ( ) Nenhum

**2b.** Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia? horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

**3a.** Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? \_\_\_\_\_ dias por SEMANA ( ) Nenhum

**3b.** Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta caminhando por dia? horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

**4a.** Quanto tempo por dia você fica sentado em um dia da semana? horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

**4b.** Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana? horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

### 3.3 Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

Por favor, indique com que frequência as seguintes frases se aplicam a si, selecionando a opção de resposta adequada.

Responda a todos os itens, não existem respostas certas ou erradas.

#### Escala de resposta

- 1 – Quase nunca se aplica a mim
- 2 – Aplica-se a mim poucas vezes
- 3 – Aplica-se a mim cerca de metade das vezes
- 4 – Aplica-se a mim muitas vezes
- 5 – Aplica-se a mim quase sempre

1. Tenho dificuldade em dar sentido aos meus sentimentos.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
2. Estou confuso sobre como me sinto.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
3. Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar o trabalho.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
4. Quando estou chateado, fico fora de controle.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
5. Quando estou chateado, acredito que continuarei assim por muito tempo.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
6. Quando estou chateado, acredito que vou acabar me sentindo muito deprimido.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
7. Quando estou chateado, tenho dificuldade em me concentrar em outras coisas.

9. Quando estou chateado, sinto vergonha de mim mesmo por me sentir assim.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
10. Quando estou chateado, sinto que estou fraco.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
11. Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar meus comportamentos.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
12. Quando estou chateado, acredito que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
13. Quando estou chateado, fico irritado comigo mesmo por me sentir assim.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
14. Quando estou chateado, começo a me sentir muito mal comigo mesmo.  
a. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

- a.  1  2  3  4  5
8. Quando estou chateado, sinto-me fora de controle.
- a.  1  2  3  4  5

15. Quando estou chateado, tenho dificuldade em pensar em qualquer outra coisa.
- a.  1  2  3  4  5
16. Quando estou chateado, minhas emoções parecem esmagadoras.
- a.  1  2  3  4  5

### 3.4 Qualidade de sono

#### 3.4.1 Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

**1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama a noite?** Hora usual de deitar: \_\_\_\_\_

**2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir a noite?** Número de minutos: \_\_\_\_\_

**3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?** Hora usual de levantar: \_\_\_\_\_

**4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)** Horas de sono por noite: \_\_\_\_\_

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor, responda a todas as questões.

Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque você:	Nenhuma no último mês	Menos de uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes na semana
A) não conseguiu adormecer em até 30 minutos	0	1	2	3
B) acordou no meio da noite ou de manhã cedo	0	1	2	3
C) precisou levantar para ir ao banheiro	0	1	2	3
D) não conseguiu respirar confortavelmente	0	1	2	3
E) tossiu ou roncou forte	0	1	2	3
F) Sentiu muito frio	0	1	2	3
G) sentiu muito calor	0	1	2	3
H) teve sonhos ruins	0	1	2	3
I) teve dor	0	1	2	3

<b>J) outras razões, por favor descreva:</b> Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?	0	1	2	3
<b>6. Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:</b>	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
	0	1	2	3
	Nenhuma no último mês	Menos de uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes na semana
<b>7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar</b>	0	1	2	3
<b>8. No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)</b>	0	1	2	3
<b>Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?</b>	Nenhuma dificuldade	Um problema leve	Um problema razoável	Um grande problema
	0	1	2	3
<b>10. Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?</b>	Não ( )	Parceiro ou colega, mas em outro quarto ( )	Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama ( )	Parceiro na mesma cama ( )

### 3.4.2 Escala de sonolência Epworth (ESE)

Classificar as situações associadas à sonolência:

#### Sentar e ler

- ( ) Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)  
 ( ) Leve chance de cochilar (1 ponto)  
 ( ) Chance moderada de cochilar (2 pontos)  
 ( ) Alta chance de cochilar (3 pontos)

#### Assistir à TV

- ( ) Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)  
 ( ) Leve chance de cochilar (1 ponto)  
 ( ) Chance moderada de cochilar (2 pontos)

#### Deitar à tarde para descansar

- ( ) Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)  
 ( ) Leve chance de cochilar (1 ponto)  
 ( ) Chance moderada de cochilar (2 pontos)  
 ( ) Alta chance de cochilar (3 pontos)

#### Sentar e conversar com outra pessoa

- ( ) Nenhuma chance de cochilar (0 pontos)  
 ( ) Leve chance de cochilar (1 ponto)  
 ( ) Chance moderada de cochilar (2 pontos)

<input type="checkbox"/> Alta chance de cochilar (3 pontos)  <b>Ficar sentado, sem fazer nada, em um local público</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma chance de cochilar (0 pontos) <input type="checkbox"/> Leve chance de cochilar (1 ponto) <input type="checkbox"/> Chance moderada de cochilar (2 pontos) <input type="checkbox"/> Alta chance de cochilar (3 pontos)  <b>Ficar sentado, por uma hora, como passageiro em um carro</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma chance de cochilar (0 pontos) <input type="checkbox"/> Leve chance de cochilar (1 ponto) <input type="checkbox"/> Chance moderada de cochilar (2 pontos) <input type="checkbox"/> Alta chance de cochilar (3 pontos)	<input type="checkbox"/> Alta chance de cochilar (3 pontos)  <b>Sentar, em silêncio, depois do almoço (sem ingestão de álcool)</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma chance de cochilar (0 pontos) <input type="checkbox"/> Leve chance de cochilar (1 ponto) <input type="checkbox"/> Chance moderada de cochilar (2 pontos) <input type="checkbox"/> Alta chance de cochilar (3 pontos)  <b>Sentado em um carro, parado por alguns minutos por causa de trânsito</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma chance de cochilar (0 pontos) <input type="checkbox"/> Leve chance de cochilar (1 ponto) <input type="checkbox"/> Chance moderada de cochilar (2 pontos) <input type="checkbox"/> Alta chance de cochilar (3 pontos)
---	---

### 3.5 Uso abusivo de bebida alcoólica

Bebidas alcoólicas incluem: cerveja, vinho, pinga, rum, gim, vodca, uísque ou qualquer outra bebida destilada ou fermentada contendo álcool.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde a meia cerveja, um copo de vinho ou qualquer quantidade equivalente de bebida destilada. “Experimentou” representa um ou dois goles. “Regularmente” equivale consumir pelo menos uma vez por semana.

- Você já experimentou bebidas alcoólicas?  Sim  Não
- Atualmente, você bebe?  Sim  Não.
- Quais bebidas alcoólicas você regularmente consome?  Cerveja  Vinho  Destilado  Outro. Qual? \_\_\_\_\_  NA
- Em uma **semana normal** (7 dias), quantos dias você bebe? \_\_\_\_\_ dias.
- Em um **dia normal** (24 horas), quantas doses você consome? \_\_\_\_\_ doses.
- Em um **dia normal** (24 horas), quantas ml de álcool você consome? \_\_\_\_\_ ml.

### 3.6 Uso de drogas obesogênicas

Você faz uso contínuo de alguma dessas medicações?  Antialérgicos  Antidepressivos  Antipsicóticos  Corticoides  Anti-hipertensivos  Antidiabéticos orais  Anticoncepcionais  Outros, qual(is)? \_\_\_\_\_

NA

### 3.7 Alimentação induzida pelo estresse: Questionário do Apetite Emocional (QUEAPEM)

Os seguintes itens são referentes a **Emoções** em comparação com o habitual. Você come quando está:

Quantidade	Muito menos		Menos		Normal	Mais		Muito mais		NR'	NS'
	1	2	3	4		5	6	7	8		
Emoções											
- Triste	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Sem nada para fazer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
+ Confiante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Com Raiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Ansioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
+ Feliz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Decepcionado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Cansado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Deprimido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Assustado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
+ Relaxado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
+ Brincalhão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Solitário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
+ Animado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS

Os seguintes itens são referentes a **Situações** em comparação com o habitual. Você come:

Quantidade	Muito menos		Menos		Normal	Mais		Muito mais		NR	NS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Situações											
- Quando está sob pressão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Após uma grande discussão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Após uma tragédia com alguém próximo a você	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
+ Quando se apaixona	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Após o fim de um relacionamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
+ Quando está envolvida em um passatempo agradável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
- Após perder dinheiro ou bens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS
+ Após receber boas notícias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	NS

NR: não respondeu; NS: não sabe.

### 3.8 Consumo excessivo de calorias: Frequência de Hábitos Saudáveis de Alimentação

Pense sobre sua alimentação no último ano. Com que frequência o (a) sr. (a) comeu cada um dos seguintes alimentos?

*Caso o(a) entrevistado(a) responda entre dois números que aparecem em colunas diferentes, por exemplo, 1 ou 2 vezes por semana, repita a pergunta e peça para ele(a) dizer como foi na maioria das vezes.*

**MARQUE UM X EM CADA COLUNA PARA CADA ALIMENTO.**

	< 1x/sem (0)	1x/sem (1)	2-3x/sem (2)	4-6x/sem (3)	Diariamente (4)	Score
Suco de laranja						
Fruta, sem contar suco						
Feijão						
Refrigerantes						
Pão branco, biscoitos, bolo						
Pão preto						
Salada verde (vegetais crus)						
Outros vegetais (cozidos ou fritos)						
Alimentos gordurosos (carne com gordura, salsicha, frituras, salgadinhos)						
Cereais com fibras ou farelos						
Batatas						
Bebidas alcoólicas						

**Quantos dias por semana o (a) sr. (a) costuma comer doces, balas e bolachas recheadas?**

- (0) < 1 vez por semana      (1) 1 vez por semana  
 (2) 2 vezes por semana      (3) 3 vezes por semana  
 (4) 4 vezes por semana

**O (a) sr.(a) costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?**

- (0) Não    (1) Sim

**O (a) sr. (a) costuma comer muito rápido?**

- (0) Não    (1) Sim

**Quais refeições o (a) sr.(a) costuma fazer por dia?**

- Café da manhã: (0) Não    (1) Sim  
 Lanche da manhã: (0) Não    (1) Sim  
 Almoço: (0) Não    (1) Sim  
 Lanche ou café da tarde: (0) Não    (1) Sim  
 Jantar ou café da noite: (0) Não    (1) Sim  
 Lanche antes de dormir: (0) Não    (1) Sim

### 3.9 Comportamento alimentar inadequado: Eating Attitudes Test (EAT)

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Evito comer quando estou com fome.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Vomito depois de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 - As pessoas me acham muito magra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - Costumo comer alimentos dietéticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - Demostro auto-controle diante dos alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 - Sinto desconforto após comer doces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 - Faço regimes para emagrecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3.10 Histórico pessoal de excesso de peso

- Durante a **primeira infância** (0-5 anos), você apresentou sobrepeso ou obesidade?  
( ) Sim ( ) Não
- Durante a **segunda infância** (6- 9 anos), você apresentou sobrepeso ou obesidade?  
( ) Sim ( ) Não
- Durante a **adolescência** (10-18 anos), você apresentou sobrepeso ou obesidade? ( ) Sim ( ) Não

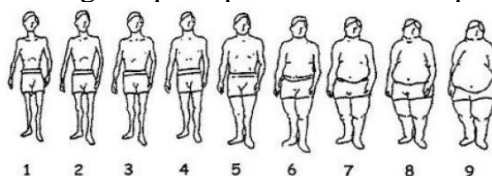
- Durante a **fase adulta** (>18 anos), você apresenta(ou) sobrepeso ou obesidade? ( ) Sim ( ) Não

### 3.11 Histórico familiar de excesso de peso

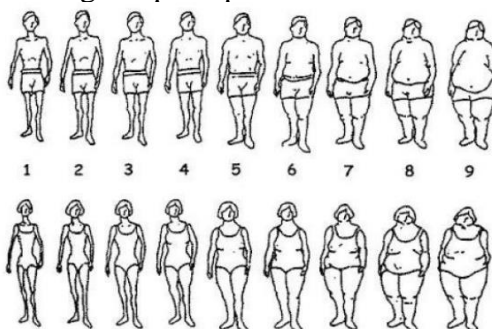
- Você reside com algum parente com sobrepeso ou obesidade? ( ) Sim ( ) Não
- Em caso afirmativo, qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

### 3.12 Insatisfação com a imagem corporal: Escala de Silhuetas Stunkard

Dentre as opções abaixo, assinale a figura que represente o seu corpo atualmente.



Dentre as opções abaixo, assinale a figura que represente a sua ideia de um corpo ideal.



### 3.27 Dificuldade de adaptação à vida acadêmica

Você possui algum tipo dificuldade de adaptação à vida acadêmica? ( ) Sim ( ) Não

Quais são elas? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE G** – Protocolo Operacional Padrão para validação clínica do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso em universitários



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM**  
**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SOBREPESO**

**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS**

**1. OBJETIVO**

Auxiliar na padronização da coleta de dados dos diagnósticos de enfermagem Sobrepeso em adultos jovens universitários.

**2. MATERIAL NECESSÁRIO**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (2 vias); | 5. Balança Digital Omron®; |
| 2. Instrumento de coleta de dados;                             | 6. Estadiômetro Wiso®;     |
| 3. Caneta;   | 7. Adipômetro Sanny®;      |
| 4. Prancheta;  | 8. Fita métrica.           |

**3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE COLETA DE DADOS**

O instrumento é dividido em três partes: dados sociais, dados clínicos e dados comportamentais do diagnóstico de enfermagem Sobrepeso.

**3.1 Dados sociais:**

- O nome do participante deve ser incluído com base em suas iniciais relatadas;
- No tópico sobre a idade, essa deverá ser dada em anos completos;
- No tópico sobre estado civil, será considerado “com companheiro(a)” relacionamento estável ou matrimônio. Caso contrário, considera-se a opção “sem companheiro(a)”.

- No tópico “sexo”, têm-se às categorias inatas do ponto de vista biológico, a partir dos cromossomos sexuais e órgãos sexuais/reprodutivos. Assim, uma pessoa com cromossomos XX e sexuais/reprodutivos femininos será designada como do “sexo feminino”. Em caso contrário, será “sexo masculino” (a saber cromossomos XY e sexuais/reprodutivos masculinos). Caso o participante não queira optar por alguma das categorias, deve assinalar a opção “não informar”.
- Será questionado ao participante sobre a sua identidade de gênero, devendo ser assinalado entre as opções: Mulher Cisgênera; Homem Cisgênero; Travesti; Mulher Transexual; Homem Transexual; Gênero Fluido; Identidade Queer; Outro (Caso seja assinalada a opção “outro”, deverá ser escrita por extenso a resposta do participante) e ainda, existirá a opção Não informar (caso o participante não queira fornecer a informação);
- Será questionado ao participante sobre a sua orientação sexual, devendo ser assinalado entre as opções: Heterossexual; Homossexual; Bissexual; ou Outro (caso seja assinalada a opção “outro”, deverá ser escrita por extenso a resposta do participante) e ainda, existirá a opção “Não informar” (caso o participante não queira fornecer a informação);
- Para cor/raça será considerado como a pessoa se vê, o participante assinalar em qual cor/raça se identifica, escolhendo entre as opções: Branco, Preto, Pardo, Amarelo, Indígena.
- No tópico religião, será perguntado ao participante se o mesmo é praticante ou não praticante de alguma religião, devendo ser assinalada a resposta correspondente;
- Será questionado ao participante se o mesmo se identifica como uma pessoa com deficiência, devendo ser assinalado entre as opções “sim” e “não”. Em caso afirmativo, deverá ser perguntado ao participante qual o tipo de deficiência, devendo este ser escrito por extenso;
- No tópico anos de estudo, deve-se considerar a partir da alfabetização. Destarte, caso o paciente tenha o ensino fundamental completo, terá 10 anos de estudo. Caso tenha o ensino médio completo, o paciente terá 13 anos de estudo. Deverão ser adicionados também os anos completos de curso universitário;
- No tópico ano de ingresso à universidade, deve ser considerada o período de início do primeiro semestre acadêmico;
- No tópico semestre acadêmico, deve ser considerado o semestre que o indivíduo está matriculado via Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA) da referida instituição de ensino;

- No tópico renda familiar, será considerada a renda per capita, ou seja, a somatória das rendas dos componentes da casa (em salários mínimos) divididas pelo número de membros fixos do domicílio. Pode-se colocar o valor inteiro e depois converter para salários mínimos. Considerar o valor do salário mínimo de R\$ 1.320,00;
- Será questionado ao participante se ele é responsável pela gestão financeira e doméstica do seu lar, devendo ser assinalada a resposta “sim” ou “não”;
- No tópico ocupação, serão considerados vínculos empregatícios formais (com carteira assinada e/ou concurso público). Ainda, em caso afirmativo para vínculo empregatício, será questionado ao participante qual a carga horária semanal em horas; qual o período de trabalho, se “diurno” ou “noturno”; e se o participante considera as condições de trabalho adequadas, sendo necessário assinalar a resposta “sim” ou “não”. Caso o participante selecione a opção “estudante sem vínculo empregatício”, este deverá assinalar as alternativas referentes a “NA (não se aplica)” nas questões acima citadas.
- Quanto ao local de habitação, o indivíduo deverá responder se seu endereço da sua moradia, é considerado zona urbana: moradia localizada em unidade territorial que corresponde ao ajustamento do perímetro urbano, consagrado nos instrumentos jurídicos de ocupação de solos para a povoação com categoria de cidade, de acordo com o IBGE; ou se o local de moradia é considerado zona rural.
- Quanto a procedência, será questionado ao indivíduo se ele reside na capital do Rio Grande do Norte, no interior do estado ou em outra localidade, devendo essa ser escrita por extenso.

Ao final dessa etapa, o participante seguirá para a avaliação de dados clínicos abaixo.

### **3.2 Dados clínicos**

- No tópico doenças pregressas, será questionado a indivíduo se ele possui alguma doença pregressa, sendo necessário assinalar entre as opções “sim” e “não”. Em caso positivo para diagnóstico médico preestabelecido de alguma doença, a resposta deverá ser assinalada entre os exemplos, sendo o espaço “outros” destinado para o caso a afecção referida pelo participante não esteja listada;
- Sobre o item que irá avaliar a pressão arterial aumentada, será questionado o indivíduo sobre o uso de medicamentos anti-hipertensivos, correspondente ao quadro de Hipertensão arterial sistêmica. Deverá ser perguntado ao indivíduo se ele faz uso

contínuo de medicamentos anti-hipertensivos, devendo ser assinalado a resposta “sim” ou “não”.

- Será perguntado ao indivíduo, caso ele possua alguma doença crônica, se o mesmo realiza o tratamento corretamente e a doença crônica encontra-se controlada, devendo ser assinalado a resposta: “sim”, “não” ou “não se aplica”.
- O tópico menarca deve ser questionado apenas para participantes declarados como “sexo feminino”. Será questionado quantos anos tinha no período da primeira menstruação.
- A gordura corporal do participante será calculada pelo Índice de Conicidade, Índice de Massa Corporal, Bioimpedância e Dobras cutâneas do indivíduo. Será utilizado balança digital de bioimpedância, adipômetro, estadiômetro e fita métrica. Durante todo o procedimento, deve-se adotar uma postura ereta, pés juntos, abdômen relaxado, braços ao longo do corpo e cabeça ereta. Deverá permanecer descalço, sem adornos e com roupas leves durante as mensurações a fim de trazer maior fidedignidade às medições.
- Índice de Conicidade: O peso será anotado em quilos, a estatura e a circunferência da cintura em metros. Para pesagem e medição da estatura o indivíduo, esse deve estar com o mínimo de vestimentas, permanecendo livre de adornos, acessórios e calçados, sendo corretamente posicionado nos aparelhos pelo entrevistador. Para a circunferência da cintura, será demarcado o ponto médio entre a décima costela e a crista ilíaca do participante. A fita deverá ser colocada na altura do ponto médio, paralela ao solo. Para a circunferência do quadril, será demarcado o ponto mais saliente dos glúteos (observado lateralmente), cerca de 20 cm abaixo da cintura, localizado imediatamente após a crista ilíaca. Será considerado o primeiro valor verificado, anotado no instrumento de coleta de dados. Após a entrevista completa, será calculado o índice de conicidade a partir da fórmula:

$$\text{Índice } C = \frac{\text{Circunferência da cintura (m)}}{0.109 \times \sqrt{\frac{\text{Peso corporal (kg)}}{\text{Estatura (m)}}}}$$

- Em caso de um resultado  $\geq 1,18$  para mulheres e  $\geq 1,25$  para homens, o item estará presente. Assim, pessoas com pontuações acima desses valores apresentam maior risco cardiovascular.
- Índice de Massa Corporal: Os dados devem ser aferidos em pé. Primeiramente, será utilizado o estadiômetro para medir a estatura em metros dos participantes. A balança digital será utilizada para mensurar o peso em quilogramas. O valor é calculado

dividindo o peso pela altura ao quadrado:  $IMC = \text{Peso} \div (\text{Altura} \times \text{Altura})$ . O participante terá sobrepeso se o valor estiver entre 25,0 e 29,9. kg/m<sup>2</sup>.

IMC (KG/M <sup>2</sup> )	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: World Health Organization.

- **Bioimpedância:** O participante será orientado a retirar adornos metálicos e meias, caso presentes. Em seguida, será adicionado na configuração da balança: a idade (em anos) do participante, o sexo biológico (deverá ser escolhido entre feminino e masculino) e por fim a altura identificada anteriormente com auxílio do estadiômetro. Em seguida, o participante deverá subir e se posicionar na balança, segurando o suporte do equipamento com as palmas das mãos firmes e os braços estendidos paralelamente ao chão. Após alguns instantes a balança mostrará em seu visor os valores calculados de: gordura corporal (%), músculos esqueléticos (%), metabolismo basal (kcal), idade corporal (em anos), nível de gordura visceral, e peso (kg). Para interpretação dos resultados, será utilizado o manual da própria balança e outras referências da literatura:

**Como interpretar o resultado da porcentagem de gordura corporal**

Sexo	Idade	Baixo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muito alto (++)
Feminino	20-39	< 21,0	21,0 - 32,9	33,0 - 38,9	≥ 39,0
	40-59	< 23,0	23,0 - 33,9	34,0 - 39,9	≥ 40,0
	60-79	< 24,0	24,0 - 35,9	36,0 - 41,9	≥ 42,0
Masculino	20-39	< 8,0	8,0 - 19,9	20,0 - 24,9	≥ 25,0
	40-59	< 11,0	11,0 - 21,9	22,0 - 27,9	≥ 28,0
	60-79	< 13,0	13,0 - 24,9	25,0 - 29,9	≥ 30,0

Fonte: baseado nas diretrizes NIH/OMS para IMC




Fonte: Gallagher et al., American Journal of Clinical Nutrition, Vol.72, setembro de 2000

**Interpretando o resultado da porcentagem de músculo esquelético**

Sexo	Idade	Baixo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muito alto (++)
Feminino	18-39	< 24,3	24,3 - 30,3	30,4 - 35,3	≥ 35,4
	40-59	< 24,1	24,1 - 30,1	30,2 - 35,1	≥ 35,2
	60-80	< 23,9	23,9 - 29,9	30,0 - 34,9	≥ 35,0
Masculino	18-39	< 33,3	33,3 - 39,3	39,4 - 44,0	≥ 44,1
	40-59	< 33,1	33,1 - 39,1	39,2 - 43,8	≥ 43,9
	60-80	< 32,9	32,9 - 38,9	39,0 - 43,6	≥ 43,7

Fonte: Omron Healthcare

**Como interpretar o resultado do nível de gordura visceral**

 Classificação do nível de gordura visceral ≤ 9	 10 ≤ Classificação do nível de gordura visceral ≤ 14	 Classificação do nível de gordura visceral ≥ 15
0 (Normal)	+ (Alto)	++ (Muito alto)

Área de gordura visceral (0 - aprox. 300 cm<sup>2</sup>, 1 pol.=2,54 cm) distribuição com 30 níveis.

Fonte: Omron Healthcare

- Dobras cutâneas:** Para a avaliação do percentual de gordura por meio desse método, foi utilizada a equação de sete dobras desenvolvida por Jackson, Pollock e Ward (1980) e Jackson, Pollock e Ward (1978), e para estimativa do percentual de gordura foi utilizada a equação de Siri (1956) com auxílio de uma planilha no software Microsoft Excel. O participante deve comparecer vestindo roupas leves que permitam a análise das dobras por meio do adipômetro. Durante toda a análise o pesquisador garantirá a privacidade do participante. Serão analisadas as dobras localizadas nas seguintes regiões: tríceps, subaxilar, subescapular, abdominal, suprailíaca, coxa e peitoral. As imagens a seguir foram retiradas da literatura:



FIGURA 2: Dobra cutânea - tríceps



FIGURA 3: Dobra cutânea - Peito

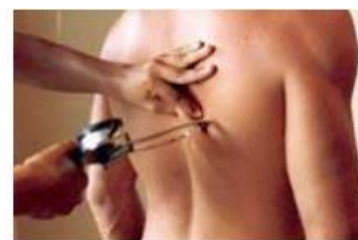


FIGURA 5: Dobra cutânea – subescapular



FIGURA 6: Dobra cutânea - abdominal



FIGURA 7: Dobra cutânea – supra-iliaca



FIGURA 8: Dobra cutânea - coxa

- Ao final do cálculo na planilha do *Microsoft Excel* já citado anteriormente, o percentual de gordura corporal será encontrado. Assim, ele poderá ser classificado de acordo com o referencial de Lohman (1992):

CLASSIFICAÇÃO	MASCULINO (%)	FEMININO (%)
Muito abaixo	5	8
Abaixo da média	6 a 14	9 a 22
Média	15	23
Acima da média	16 a 24	24 a 31
Muito alto	25	32

Fonte: Lohman (1992).

### 3.3 Dados comportamentais

- Tópico autopercepção da saúde será avaliado por meio da aplicação do questionário EQ-5D, esse contempla cinco domínios de saúde (mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor/desconforto, ansiedade/depressão) com três níveis cada um ((1) sem problemas, (2) alguns problemas e (3) problemas extremos). Para calcular o índice do EQ-5D será aplicada a fórmula:  $0,851 + (-0,120 * M2) + (-0,363 * M3) + (-0,112 * SC2) + (-0,218 * SC3) + (-0,097 * UA2) + (-0,184 * UA3) + (-0,064 * PD2) + (-0,168 * PD3) + (-0,050 * AD2) + (-0,095 * AD3)$ ;
- Além disso, há uma escala análogo-visual (EAV) onde o participante deve atribuir um valor para o seu próprio estado de saúde que varia de zero ("pior estado de saúde possível") a 100 ("Melhor estado de saúde possível").
- O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – forma curta deverá ter seus resultados objetivos através da soma aritmética das horas despendidas em atividades sedentárias durante a semana. Verifique se o participante entendeu os conceitos de atividades físicas moderadas e vigorosas;
- Uma versão curta da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional com 16 itens será aplicada para verificação da saúde emocional. O participante deverá responder uma escala likert e as respostas poderão variar entre 1 - quase nunca se aplica a mim; 2 –

aplica-se a mim poucas vezes; 3 – aplica-se a mim cerca de metade das vezes; 4 – aplica-se a mim muitas vezes; 5 – aplica-se quase sempre a mim. Certifique-se que o indivíduo compreendeu todos os itens questionados. Ao final, para o estudo atual, a pesquisadora estipulou que, ao aplicar a referida escala, caso a pontuação final atinja valores iguais ou superiores a 48, a saúde emocional prejudicada estará presente.

- Para avaliar a qualidade do sono, deve-se questionar o indivíduo quanto às horas de sono noturnas e a sensação de descanso por meio da aplicação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam distúrbio do sono. Utilizar-se-á também a Escala de Sonolência de Epworth, a fim de medir a sonolência diurna dos participantes. Pontuações de 1 - 6 pontos indicam sono normal, de 7 - 8 pontos uma sonolência média e de 9 - 24 pontos uma sonolência anormal (possivelmente patológica). Deve-se garantir que o participante compreendeu os itens questionados e o escore atribuído por meio de confirmação verbal. Quando o escore global for igual ou superior a 5 para Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e igual ou superior a 7 para a Escala de Sonolência de Epworth, o item avaliado estará presente;
- Para a aplicação da Escala de sonolência Epworth (ESE), serão questionados sobre as situações associadas à sonolência. As respostas devem ser assinaladas de acordo com a leitura do instrumento.
- Para verificar o consumo de bebidas alcoólicas deve-se questionar o indivíduo quanto a quantidade (ml) consumida de álcool diariamente e sua frequência. Em caso de um valor diário superior a 30 gramas, o item avaliado estará presente. A saber: 30gramas corresponde a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 50 ml de destilado.
- Para o tópico drogas obesogênicas, será considerado o uso de fármacos ingeridos diariamente, de maneira contínua, que favorecem o ganho de peso, a saber: corticóides, antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos. Dirija-se ao estudante como “uso de medicamentos que engordam sem data para término do tratamento” caso ele não entenda o questionamento inicial do formulário.
- Será aplicado o Questionário de Apetite Emocional (QUEAPEM) composto por escala likert, variando pontuação entre 1 a 9 para verificar o consumo alimentar em situações de estresse. Em caso de atribuição de pontuação para consumo alimentar entre 6 a 9 (mais ou muito mais) para um ou mais itens, o fator avaliado estará presente;

- Ainda sobre alimentação, serão aplicadas perguntas relacionadas à Frequência de hábitos saudáveis de alimentação. Uma pontuação final será avaliada pela pesquisadora após o participante assinalar as suas respostas;
- Para análise do comportamento alimentar inadequado, será utilizado o *Eating Attitudes Test* (EAT). Os itens estão distribuídos em três subescalas, cada uma correspondendo a um atributo do comportamento alimentar de risco para os transtornos alimentares, a saber: a) dieta - diz respeito à recusa patológica a alimentos com alto teor calórico e preocupação com a aparência física; b) bulimia e preocupação com os alimentos - refere-se a episódios de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos purgativos para perda/controle de peso corporal; e c) autocontrole oral - reflete o autocontrole em relação à comida e avalia forças ambientais e sociais estimulantes à ingestão alimentar. Ao final, a pesquisadora irá avaliar a pontuação e caso a soma dos pontos seja maior ou igual a 20, o item avaliado estará presente;
- No item sobre histórico pessoal de excesso de peso, serão perguntadas quatro perguntas com respostas para assinalar entre “sim” e “não” referindo se as fases da vida “primeira infância”, “segunda infância”, “adolescência”, “fase adulta”;
- No tópico que irá avaliar o histórico familiar de excesso de peso, será questionado se o participante reside com algum parente com sobrepeso ou obesidade, sendo assinalada a resposta sim ou não. Em caso positivo, deverá ser preenchido o grau de parentesco.
- Para análise do tópico Insatisfação da imagem corporal, será aplicada a Escala de Silhuetas Stunkard é apresentada em série ordenada ascendente, devendo escolher “a figura que melhor representa seu corpo atual” e a seguir “a figura que você gostaria de ter”. Em caso de seleção da mesma figura, o sujeito é classificado como satisfeito com sua silhueta. Quando a figura escolhida como “desejado” for maior do que a escolhida como “atual”, considera-se que o indivíduo quer engordar, e quando for menor, há um desejo de emagrecer.
- No tópico sobre dificuldades de adaptação à vida acadêmica, será questionado ao participante se ele apresenta alguma dificuldade com relação a essa temática e em caso positivo, será solicitado que seja escrita por extenso a sua resposta sobre qual é o tipo de dificuldade encontrada.

#### **4 Finalização da coleta de dados:**

- Finalize sua coleta agradecendo a participação do estudante e pergunte se ele possui alguma dúvida sobre a entrevista;

- Em seguida, confira se o instrumento foi totalmente preenchido e higienize suas mãos;
- Coletar todos os estudantes voluntários e após a coleta fazer os cálculos necessários presentes no instrumento;
- Ao final, entregue os formulários ao pesquisador responsável: Ana Carolina Carino.

**ANEXO**

## ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN.

UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA  
CAMPUS CENTRAL



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Validação dos diagnósticos de enfermagem Comportamento de Saúde Propenso a Risco, Estilo de Vida Sedentário e Sobrepeso em universitários

**Pesquisador:** ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48202221.6.0000.5537

**Instituição Proponente:** Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.953.282

**Apresentação do Projeto:**

Projeto do Programa de pós-graduação em Enfermagem. O presente estudo fundamentar-se-á em um referencial metodológico de validação de diagnósticos de enfermagem. A pesquisa será realizada em duas etapas, a primeira etapa será a análise de conteúdo desenvolvido a partir de uma teoria de médio alcance por uma amostra de 48 juízes previamente selecionados através da Plataforma Lattes. A segunda etapa será a validação clínica dos três diagnósticos de enfermagem em estudo, que será desenvolvida por meio de estudos de acurácia diagnóstica, do tipo transversal, com uma amostra de 360 alunos de uma universidade do nordeste do país. O projeto passará pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

> **Resumo:** Comportamento de saúde propenso a risco, Estilo de vida sedentário e Sobrepeso são diagnósticos de enfermagem frequentes em estudantes universitários. Esses problemas são importantes fatores de risco para o adoecimento futuro. Neste contexto, acredita-se que a incorporação do processo de enfermagem por meio da inferência diagnóstica correta e segura contribui para o fortalecimento do cuidado holístico e pensamento crítico do profissional enfermeiro. Assim, o presente estudo tem por objetivo geral: validar o conteúdo e a clínica dos diagnósticos de enfermagem Comportamento de saúde propenso a risco, Estilo de vida sedentário e Sobrepeso em estudantes universitários da área da saúde. O presente estudo fundamentar-se-á

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, s/n, Campus Central, s/n.

**Bairro:** Lagoa Nova

**CEP:** 59.078-970

**UF:** RN


**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)3215-3135

**Fax:** (84)69193-6266

**E-mail:** cepufn@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA  
CAMPUS CENTRAL**



Continuação do Parecer: 4.653.282

em um referencial metodológico de validação de diagnósticos de enfermagem. A pesquisa será realizada em duas etapas, a primeira etapa será a análise de conteúdo desenvolvido a partir de uma teoria de médio alcance por uma amostra de 48 juízes previamente selecionados através da Plataforma Lattes. A segunda etapa será a validação clínica dos três diagnósticos de enfermagem em estudo, que será desenvolvida por meio de estudos de acurácia diagnóstica, do tipo transversal, com uma amostra de 360 alunos de uma universidade do nordeste do país. O projeto passará pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, respeitando todas as premissas éticas nacionais e internacionais para estudos com seres humanos. Assim, espera-se contribuir para a produção de conhecimento em Enfermagem e a promoção da saúde dos adolescentes e jovens adultos universitários da área da saúde.


> **Abordagem:** O referencial metodológico é composto por três etapas, a saber: análise de conceito; validação por experts; e validação clínica. Na presente pesquisa, serão desenvolvidas as etapas de validação por experts e validação clínica dos diagnósticos de enfermagem Comportamento de saúde propenso a risco, Estilo de vida sedentário e sobrepeso em estudantes universitários da área de saúde. Ressalta-se que a primeira etapa, acrescida do desenvolvimento de uma Teoria de médio alcance desses DEs, foi desenvolvida em estudo anterior, sendo baseada nos referenciais de Roy (2014) e Lopes e Silva (2016). A pesquisa será realizada em duas etapas, a primeira etapa será a análise de conteúdo desenvolvido a partir de uma teoria de médio alcance por uma amostra de 48 juízes previamente selecionados através da Plataforma Lattes. A segunda etapa será a validação clínica dos três diagnósticos de enfermagem em estudo, que será desenvolvida por meio de estudos de acurácia diagnóstica, do tipo transversal, com uma amostra de 360 alunos da UFRN.

> **Critério de Inclusão:** Juízes: cursar a graduação de enfermagem ou possuir graduação concluída em enfermagem com experiência em estudos de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional.

Alunos: Idade entre 18 e 24 anos; regularmente matriculados no curso de graduação do CCS, ao qual estão vinculados na instituição de ensino. **Critério de Exclusão:** Juízes: Indivíduo afastado das atividades acadêmicas no período de coleta de dados, independente do motivo. Alunos: Estudante afastado das atividades acadêmicas no período de coleta de dados, independente do motivo.

> **Número amostral:** 408 participantes.

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central, s/n.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-070  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3215-3135 **Fax:** (84)99193-6266 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE  
 FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
 NORTE - LAGOA NOVA  
 CAMPUS CENTRAL**


Continuação do Parecer: 4.953.282

**Objetivo da Pesquisa:**

Validar o conteúdo e a clínica dos diagnósticos de enfermagem Comportamento de saúde propenso a risco, Estilo de vida sedentário e Sobrepeso em estudantes universitários da área da saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a pesquisadora, os possíveis riscos que envolvem a pesquisa para: Juízes: A pesquisa não oferece risco à sua integridade física, entretanto, em virtude do raciocínio complexo requerido para o preenchimento do instrumento, a pesquisa pode oferecer risco de cansaço mental. Alunos: Poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos. Pode acontecer um desconforto como cansaço.

Benefícios: Não haverá benefício diretamente, no entanto, com esta pesquisa, o participante cooperará para melhorar a qualidade do cuidado prestado pela enfermagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os seguintes termos obrigatórios foram apresentados: PB projeto de pesquisa, termo de confidencialidade, declaração de não início da pesquisa, folha de rosto, carta de anuência, folha de identificação do pesquisador, orçamento, cronograma, instrumento dos especialistas e dos alunos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos haviam sido apresentados em consonância com a resolução 466/12-CNS.

**Recomendações:**

Cumpra ao pesquisador enviar os relatórios parcial e final da pesquisa. Ver modelos em <[www.cep.propesq.ufrn.br](http://www.cep.propesq.ufrn.br)>.

Qualquer mudança no protocolo aprovado, antes deve ser solicitada através de emenda, via Plataforma Brasil. Ver manuais em <[www.cep.propesq.ufrn.br](http://www.cep.propesq.ufrn.br)>.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a análise da pendência/inadequação (abaixo) anteriormente emitida, à luz da resolução

<b>Endereço:</b> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central, s/n.			
<b>Bairro:</b> Lagoa Nova			<b>CEP:</b> 59.078-970
<b>UF:</b> RN	<b>Município:</b> NATAL		
<b>Telefone:</b> (84)3215-3135	<b>Fax:</b> (84)32193-8288	<b>E-mail:</b> cepufrn@reitoria.ufrn.br	

UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA  
CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 4.953.282

466/12-CNS:

"A pesquisadora não respondeu de forma satisfatória a lista de pendência/inadequações pois descreve a seguinte oração como justificativa de minimizar o risco": Poderão ocorrer eventuais desconforto, como cansaço mental, e possível risco de constrangimento com alguma pergunta. Porém para sanar esse possível cansaço mental, caso o participante demonstre que não tem condições de terminar, faremos em um outro momento. Para minimizar o risco de constrangimento com alguma pergunta, será deixado a critério do participante responder o que quiser e o que não quiser".

O CEP CENTRAL/UFRN entende que pesquisadora respondeu de forma satisfatória a pendência.

Após a revisão ética das respostas às pendências levantadas no parecer anterior, concluímos que elas foram reparadas adequadamente.

Essa adequação situa o protocolo em questão dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano, estando, portanto, aprovado.

#### ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS DURANTE A PANDEMIA DO SARS-COV2

A Conep, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio do documento **ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)**, de 09 de maio de 2020, na página 02, orienta que:

"3.1. Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

3.2. Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (Covid-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo -o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de

Endereço: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Campus Central, s/n.  
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)99193-6286 E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA  
CAMPUS CENTRAL**



Continuação do Parecer: 4.953.282

trabalho.

3.3. Em virtude disso, enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, as orientações da Conep, observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

(...)

3.6. Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/CONEP.\*

Vale mencionar que, diante das recomendações governamentais e da Organização Mundial de Saúde, a UFRN, através da Portaria N° 452/2020-R, em 17 de março de 2020, no Art. 2º, "autoriza as atividades de extensão e de pesquisa que, por sua natureza, não impliquem aglomeração de pessoas, cabendo aos responsáveis avaliar as condições para cumprimento das recomendações das autoridades sanitárias."

Por fim, recomendam-se ações que visem salvaguardar os envolvidos, participantes e pesquisadores, nas atividades de pesquisa, como, por exemplo, a aplicação de instrumentos (questionários, entrevistas, entre outros) de forma on-line e mais outras medidas que se julguem necessárias. Quaisquer dúvidas podem ser direcionadas aos nossos canais de comunicação: número móvel (84) 9.9193-6266, endereço de e-mail cepufrn@reitoria.ufrn.br ou formulário de contato do site <www.cep.ufrn.br>.


#### **ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS DURANTE A PANDEMIA DO SARS-COV2**

A Conep, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio do documento **ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)**, de 09 de maio de 2020, na página 02, orienta que:

\*3.1. Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades

Endereço: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Campus Central, s/n.  
 Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970  
 UF: RN Município: NATAL  
 Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)99193-6266 E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA  
CAMPUS CENTRAL**



Continuação do Parecer: 4.953.292

de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

3.2. Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (Covid-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.

3.3. Em virtude disso, enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, as orientações da Conep, observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

(...)

3.6. Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/CONEP.<sup>2</sup>

Vale mencionar que, diante das recomendações governamentais e da Organização Mundial de Saúde, a UFRN, através da Portaria N° 452/2020-R, em 17 de março de 2020, no Art. 2º, "autoriza as atividades de extensão e de pesquisa que, por sua natureza, não impliquem aglomeração de pessoas, cabendo aos responsáveis avaliar as condições para cumprimento das recomendações das autoridades sanitárias."

Por fim, recomendam-se ações que visem salvaguardar os envolvidos, participantes e pesquisadores, nas atividades de pesquisa, como, por exemplo, a aplicação de instrumentos (questionários, entrevistas, entre outros) de forma on-line e mais outras medidas que se julguem necessárias. Quaisquer dúvidas podem ser direcionadas aos nossos canais de comunicação: número móvel (84) 9.9193-6266, endereço de e-mail [cepufm@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufm@reitoria.ufrn.br) ou formulário de contato do site <[www.cep.ufrn.br](http://www.cep.ufrn.br)>.

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central, s/n.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-970  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3215-3135 **Fax:** (84)99193-6266 **E-mail:** [cepufm@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufm@reitoria.ufrn.br)

**UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA  
CAMPUS CENTRAL**



Continuação do Parecer: 4.653.282

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Resolução 466/12 e ou a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. Elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. Desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. Apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. Descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u);
5. Elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1749871.pdf	24/08/2021 10:39:34		Aceito
Outros	Carta_de_Respostas_s_Pendencias.pdf	24/08/2021 10:22:26	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Carta_de_Respostas_s_Pendencias.	24/08/2021	ANA LUISA	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central, s/n.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-970  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3215-3135 **Fax:** (84)39193-0266 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br


**UFRN - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
NORTE - LAGOA NOVA  
CAMPUS CENTRAL**



Continuação do Parecer: 4.953.282

Outros	docx	10:19:52	BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPUFRN_modificado.pdf	24/08/2021 10:19:18	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPUFRN_modificado.docx	24/08/2021 10:19:01	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificado.pdf	24/08/2021 10:18:39	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificado.docx	24/08/2021 10:18:26	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudantes_modificado.docx	24/08/2021 10:17:19	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudantes_modificado.pdf	24/08/2021 10:17:10	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	15/06/2021 08:53:56	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.docx	15/06/2021 08:53:15	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Declaracaodenaoinicio.docx	15/06/2021 08:52:34	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Declaracaodenaoinicio.pdf	15/06/2021 08:52:10	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	07/05/2021 10:48:11	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Instrumentoalunos.pdf	06/05/2021 16:36:58	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	InstrumentoEspecialistas.pdf	06/05/2021 16:36:28	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Folha_de_identificao_do_pesquisador.docx	06/05/2021 16:34:27	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	Folha_de_identificao_do_pesquisador	06/05/2021	ANA LUISA	Aceito

Endereço: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central, s/n.  
 Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970  
 UF: RN Município: NATAL  
 Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)32133-6266 E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE  
 FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
 NORTE - LAGOA NOVA  
 CAMPUS CENTRAL**


Continuação do Parecer: 4.953.282

Outros	.pdf	16:34:06	BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Outros	CartadeanuenciaUFRN.pdf	06/05/2021 16:32:48	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.docx	06/05/2021 16:30:20	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.pdf	06/05/2021 16:30:04	ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

NATAL, 03 de Setembro de 2021

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**PAULA FERNANDA BRANDÃO BATISTA DOS SANTOS**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central, s/n.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.075-070  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3215-3135 **Fax:** (84)99193-6286 **E-mail:** capufm@reitoria.ufrn.br