



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
“ENFRENTAMENTO INEFICAZ” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

FORTALEZA

2024

FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
“ENFRENTAMENTO INEFICAZ” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

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

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

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

- F336v Feitosa, Francisca Evangelista Alves.
Validade de conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem "Enfrentamento Ineficaz" no contexto da
violência doméstica / Francisca Evangelista Alves Feitosa. – 2024.
174 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.
1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Enfrentamento. 3. Estudo de Validação. 4. Violência Contra a Mulher.
5. Violência Doméstica. I. Título.

CDD 610.73

FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
“ENFRENTAMENTO INEFICAZ” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 24/09/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Reinaldo Gutiérrez Barreiro
Programa de Enfermagem Universidade Surcolombiana (USCO)

Prof^a. Dra. Iane Ximenes Teixeira
Faculdade Luciano Feijão (FLF)

Dra. Natalia Barreto de Castro
Enfermeira assistencial no CAPS geral da regional IV – Fortaleza

AGRADECIMENTOS

A Deus que me fortalece e me abençoa sempre, sem Ele não seria possível, pois tudo foi com a sua permissão.

Aos meus pais, Maria e João, que me ensinaram, me apoiaram e me guiaram pelos caminhos que me trouxeram até aqui.

Aos meus irmãos, Maria, Antonio, Marta, Marcos, Mateus e Lucas.

Ao meu orientador, Professor Marcos pela inspiração, compreensão e os valiosos ensinamentos, Gratidão por todo apoio e por me acompanhar nesta caminhada!

A todos os professores do mestrado que contribuíram imensamente para realização dessa etapa em minha vida.

À minha turma de curso de mestrado e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

As bolsistas Alessandra e Beatriz por me ajudar na coleta de dados, a minha gratidão.

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro e com a manutenção das bolsas de pós-graduação.

Aos participantes da pesquisa pela sua valiosa contribuição para a realização deste estudo.

A banca pelas valiosas contribuições, meu muito obrigada por tirarem um pouco do valioso tempo de vocês para contribuírem no meu aprendizado.

A todos que de alguma forma contribuíram, foram muitas pessoas que estiveram comigo me apoiando, me incentivando para que eu chegasse até aqui.

Sou só Gratidão!

“O mundo é um lugar perigoso de se viver. Não por causa dos que nele fazem o mal, mas por causa daqueles que apenas olham e permitem que ele seja feito.” (Albert Einstein)

RESUMO

Estudos de validação de conteúdo sobre diagnósticos de enfermagem são essenciais pois possibilitam um cuidado bem direcionado. Assim, o objetivo desse estudo é verificar a validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz, desenvolvido em duas etapas, sendo estas: construção de uma Teoria de Situação Específica e a validação de conteúdo por juízes. A primeira parte foi a construção da Teoria de Situação Específica conforme as seguintes etapas: definição da abordagem para construção da Teoria de Situação Específica; definição dos modelos teórico- conceituais; definição dos conceitos chave; construção de um diagrama pictorial; construção das proposições e estabelecimento das relações de causa e evidência baseada na prática. Nessa etapa, foram identificados 13 elementos antecedentes e 23 elementos consequentes. Para a segunda etapa, quanto à validação de conteúdo com juízes nas áreas de interesse do estudo, foi adotado o Teorema de Diversidade Preditiva como referencial para a escolha dos juízes, com enfoque na sabedoria coletiva. O perfil dos juízes foi formado por meio da classificação adotada por Benner, Tanner e Chesla, quanto às experiências acadêmica e prática. Os elementos da teoria foram avaliados conforme sua relevância para o Enfrentamento Ineficaz. A amostra desta etapa consistiu-se de 51 juízes. Uma análise descritiva que inclui frequências absolutas e percentuais é apresentada para cada variável qualitativa. Para as variáveis quantitativas são apresentadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão desvio-padrão e intervalo interquartil). Com relação a definição proposta pela NANDA-I para o enfrentamento ineficaz houve 78% de concordância. Para análise dos índices são apresentadas medidas de assimetria e curtose dos valores atribuídos pelos experts para cada fator etiológico e característica definidora com os respectivos intervalos de confiança, teste robusto de Jarque-Bera para verificação de aderência à distribuição normal. Para a análise da relevância de cada item em relação ao diagnóstico foram apresentados oito diferentes índices de agregação com seus respectivos intervalos de confiança. Dessa forma, dos 13 fatores relacionados, 11 deles apresentaram relevância, enquanto dois deles, Espiritualidade prejudicada e Incapacidade de conservar energias adaptativas não foram estatisticamente significantes para o fenômeno. Das 23 características definidoras, 20 foram consideradas relevantes, enquanto três, Baixa tolerância as frustrações, Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel e Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta não apresentam valores estatisticamente significantes. Em relação à confiabilidade, as análises dos juízes apresentou alta consistência interna. Na validade de conteúdo global, o conjunto de itens retidos representa adequadamente os antecedentes e consequentes do Enfrentamento ineficaz.

Portanto, os elementos dessas duas etapas representam a população em estudo e recomenda-se que os resultados sejam submetidos à validação clínica com a população do estudo. Tal pesquisa torna-se relevante quanto ao impacto na prática clínica do profissional enfermeiro em mulheres que vivenciaram a violência doméstica, no qual a validação deste diagnóstico torna-se fundamental para assegurar um plano de cuidados concreto perante a identificação e diagnóstico e das possíveis intervenções para ser operacionado na prática clínica do enfermeiro.

Palavras-chave: diagnóstico de enfermagem; enfrentamento; estudo de validação; violência contra a mulher; violência doméstica.

ABSTRACT

Content validation studies on nursing diagnoses are essential because they enable well-directed care. Thus, the objective of this study is to verify the content validity of the nursing diagnosis Ineffective Coping, developed in two stages, namely: construction of a Specific Situation Theory and content validation by judges. The first part was the construction of the Specific Situation Theory according to the following steps: definition of the approach for construction of the Specific Situation Theory; definition of theoretical-conceptual models; definition of key concepts; construction of a pictorial diagram; construction of propositions and establishment of cause-and-evidence relationships based on practice. In this stage, 13 antecedent elements and 23 consequent elements were identified. For the second stage, regarding content validation with judges in the areas of interest of the study, the Predictive Diversity Theorem was adopted as a reference for the selection of judges, with a focus on collective wisdom. The profile of the judges was formed through the classification adopted by Benner, Tanner and Chesla, regarding academic and practical experiences. The elements of the theory were evaluated according to their relevance to Ineffective Coping. The sample for this stage consisted of 51 judges. A descriptive analysis that includes absolute frequencies and percentages is presented for each qualitative variable. For the quantitative variables, measures of central tendency (mean and median) and measures of dispersion (standard deviation and interquartile range) are presented. Regarding the definition proposed by NANDA-I for ineffective coping, there was 78% agreement. For the analysis of the indices, measures of asymmetry and kurtosis of the values attributed by the experts for each etiological factor and defining characteristic are presented with the respective confidence intervals, and the robust Jarque-Bera test to verify adherence to the normal distribution. To analyze the relevance of each item in relation to the diagnosis, eight different aggregation indices were presented with their respective confidence intervals. Thus, of the 13 related factors, 11 were relevant, while two of them, Impaired spirituality and Inability to conserve adaptive energies, were not statistically significant for the phenomenon. Of the 23 defining characteristics, 20 were considered relevant, while three, Low tolerance to frustration, Impaired ability to meet role expectations, and Inadequate follow-through of goal-oriented behavior, did not present statistically significant values. Regarding reliability, the judges' analyses showed high internal consistency. In the global content validity, the set of retained items adequately represents the antecedents and consequences of Ineffective Coping. Therefore, the elements of these two stages represent the study population and it is recommended that the results be submitted to clinical validation with the study population. Such

research becomes relevant regarding the impact on the clinical practice of the nursing professional with women who have experienced domestic violence, in which the validation of this diagnosis becomes fundamental to ensure a concrete care plan for the identification and diagnosis and possible interventions to be operated in the clinical practice of the nurse.

Keywords: nursing diagnosis; coping; validation study; violence against women; domestic violence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de busca e seleção dos estudos na revisão de literatura.....	34
Figura 2 – Interação dos elementos antecedentes para com o diagnóstico de Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica e a relação existente entre os elementos consequentes para com a composição do diagnóstico.....	41
Figura 3 – Diagrama representando as relações entre os elementos antecedentes e os elementos consequentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica.....	64
Figura 4 – Nuvem de palavras perante a identificação de fatores para manifestação do Enfrentamento ineficaz de acordo com as respostas dos juízes.....	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Elementos antecedentes (estímulos) elencados na TSE para o diagnóstico de Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica	44
Quadro 2 – Elementos consequentes (comportamentos) elencados na TSE para o diagnóstico de Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica	45
Quadro 3 – Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes ao julgamento dos itens por Diniz (2017)	81
Quadro 4 – Comentários e/ou sugestões realizados pelos juízes para a definição da NANDA-I (2021-2023)	89
Quadro 5 – Composição do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Classificação adaptada para seleção dos juízes quanto ao nível de experiências utilizada por Diniz (2017)	78
Tabela 2 –	Caracterização sociodemográfica dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz. Fortaleza, Ceará, 2024	85
Tabela 3 –	Caracterização dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz. Fortaleza, Ceará, 2024	86
Tabela 4 –	Medidas de assimetria e curtose das atribuições dadas por avaliadores aos fatores relacionados e teste de aderência à normalidade dos resíduos destas atribuições. Fortaleza, Ceará, 2024	90
Tabela 5 –	Valores de diferentes índices de validade de avaliação do conteúdo referentes a fatores relacionados. Fortaleza, Ceará, 2024	92
Tabela 6 –	Coeficientes de confiabilidade das avaliações para fatores relacionados. Fortaleza, Ceará, 2024	93
Tabela 7 –	Análise de generalizabilidade dos fatores relacionados retidos conforme análise dos experts. Fortaleza, Ceará, 2024	93
Tabela 8 –	Medidas de assimetria e curtose das atribuições dadas por avaliadores às características definidoras e teste de aderência à normalidade dos resíduos destas atribuições. Fortaleza, Ceará, 2024	95
Tabela 9 –	Valores de diferentes índices de validade de avaliação do conteúdo referentes a características definidoras. Fortaleza, Ceará, 2024	97
Tabela 10 –	Coeficientes de confiabilidade das avaliações para características definidoras. Fortaleza, Ceará, 2024	99
Tabela 11 –	Análise de generalizabilidade das características definidoras retidas conforme análise dos experts. Fortaleza, Ceará, 2024	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMC	Associação Americana de Faculdades Médicas
ABEN	Escala de Bem-estar Espiritual
ACP	Análise de Componentes Principais
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BEE	Bem-Estar Existencial
BER	Bem-Estar Religioso
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DE	Diagnóstico de Enfermagem
FDS	Frustration Discomfort Scale
HAM-A	Escala de Ansiedade de Hamilton
HAM-D	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
JCAHO	Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde
LMP	Lei Maria da Penha
LSNS	Escala de Redes Sociais de Lubben
MAR	Modelo de Adaptação de Roy
MOS-SSS	Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROMIS	Patient Reported Outcomes Measurement Information System
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TMA	Teoria de Médio Alcance
TSE	Teoria de Situação Específica
TPCLE	Termo de Pós-Consentimento Livre e Esclarecido
TSE	Teoria de Situação Específica
VCM	Violência Contra a Mulher
VD	Violência doméstica

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
	OBJETIVO GERAL	24
	CAPÍTULO 1 – TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	25
1	INTRODUÇÃO	25
1.2	OBJETIVO	28
1.3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	29
1.4	MÉTODO	32
1.4.1	<i>Definição da Abordagem de Construção da Teoria</i>	32
1.4.1.1	<i>Construção da Revisão de Escopo</i>	33
1.4.1.2	<i>Fundamentação na Teoria da Adaptação da Callista Roy</i>	34
1.4.2	<i>Definição do Modelo Teórico-Conceitual</i>	38
1.4.3	<i>Definição dos Principais Conceitos</i>	38
1.4.4	<i>Desenvolvimento de um Diagrama Pictorial</i>	39
1.4.5	<i>Construção das Proposições</i>	41
1.4.6	<i>Estabelecimento das Relações de Causa e Evidência para a Prática</i>	42
1.5	TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA DO ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA MULHERES SOBREVIVENTES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	43
1.5.1	<i>Conceitos chave do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz</i>	43
1.5.1.1	<i>Elementos antecedentes (estímulos focais) elencados na TSE para o DE Enfrentamento Ineficaz</i>	46
1.5.1.2	<i>Elementos antecedentes (estímulos contextuais) elencados na TSE para o DE Enfrentamento Ineficaz</i>	48
1.5.1.3	<i>Elementos consequentes (comportamentos) elencados na TSE para o DE Enfrentamento Ineficaz</i>	53
1.5.2	<i>Diagrama explicativo</i>	64
1.5.3	<i>Proposições definidas</i>	65
1.5.4	<i>Relação de Causa e Evidência para a Prática</i>	66
1.6	CONCLUSÃO	71

	CAPÍTULO 2 – EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	72
2	INTRODUÇÃO	72
2.1	OBJETIVOS	76
2.2	MATERIAIS E MÉTODOS	77
2.2.1	<i>Tipo de Estudo</i>	<i>77</i>
2.2.2	<i>População e Amostra/Seleção dos Juízes.....</i>	<i>77</i>
2.2.3	<i>Procedimento de Coleta dos Dados.....</i>	<i>80</i>
2.2.4	<i>Organização e Análise dos Dados.....</i>	<i>82</i>
2.2.5	<i>Aspectos Éticos</i>	<i>83</i>
3	RESULTADOS	85
3.1	Perfil dos juízes participantes do estudo	85
3.2	Definição para o Enfrentamento Ineficaz	88
3.3	Análise dos fatores relacionados pelos juízes para o Enfrentamento Ineficaz	89
3.4	Análise das características definidoras pelos juízes para o Enfrentamento Ineficaz	94
4	DISCUSSÃO	102
4.1	O perfil dos juízes avaliadores	102
4.2	Análise da definição da NANDA-I para a Enfrentamento Ineficaz	103
4.3	Análise dos fatores etiológicos do Enfrentamento Ineficaz	103
4.4	Análise dos indicadores clínicos do Enfrentamento Ineficaz	105
5	CONCLUSÃO	107
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	124
	APÊNDICE A - CARTA CONVITE AOS JUÍZES	124
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA A ETAPA DE VALIDAÇÃO COM OS JUÍZES	125
	APÊNDICE C - COMPOSIÇÃO ATUAL DO DIAGNÓSTICO ENFRENTAMENTO INEFICAZ	129

APÊNDICE D - FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE DADOS POR JUÍZES	134
ANEXOS	139
ANEXO A - ESCALA DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN- LSNS-6	139
ANEXO B - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	140
ANEXO C – ESCALA DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (ABA)	141
ANEXO D – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP (ISSL)	143
ANEXO E – QUESTIONÁRIO MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL SUPPORT SURVEY (MOS-SSS)	145
ANEXO F - ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON	146
ANEXO G - FRUSTRATION DISCOMFORT SCALE (FDS)	147
ANEXO H - ESCALA DE HABILIDADES SOCIAIS	151
ANEXO I - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FADIGA	153
ANEXO J - TRIAGEM DE DSITURBIOS DE SONO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MEDIÇÃO DE RESULTADOS RELATADOS PELO PACIENTE (PROMIS)	154
ANEXO K - ESCALA DE FUNCIONAMENTO GERAL DA FAMÍLIA... ..	158
ANEXO L - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON	159
ANEXO M - ESCALA DE PERCEPÇÃO DO ESTRESSE	161
ANEXO N - QUESTIONÁRIO AUDIT	162
ANEXO O – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	165
ANEXO P – INSTRUMENTO GOOGLE FORMS	169

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“A violência não deve e não pode ser aceita por ser algo cultural, isso não a justifica” (Célia Xakriabá).

Esse estudo tem por finalidade analisar o conteúdo da estrutura do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz” (00069) em uma população específica, mulheres sobreviventes da violência doméstica. Ressalta-se que estudos de validade de conteúdo são utilizados para a avaliação dos elementos quanto sua relevância e representatividade do domínio de conteúdo de um diagnóstico conforme a opinião de supostos experts, conferindo, assim, maior fidedignidade na escolha diagnóstica (LOPES *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, para fomentar melhor entendimento sobre o tema desse estudo, faz-se necessário trazer aqui uma abordagem sobre taxonomias de enfermagem, processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, enfrentamento ineficaz e violência doméstica. Além disso, é conveniente discutir acerca da abordagem para enfermagem, definição, causalidade, bem como, as repercussões e por fim abordar esse fenômeno enquanto um diagnóstico de enfermagem o Enfrentamento Ineficaz.

As taxonomias são usadas para direcionar o planejamento e a assistência de enfermagem, onde os sistemas de linguagem padronizadas são utilizados como um meio para práticas avançadas e apresentam-se como um conjunto de instrumentos que classificam, facilitam o acesso à informação, controlam significados distintos, além de auxiliar na comunicação entre os profissionais (Silva *et al.*, 2018; Pereira *et al.*, 2023).

Dessa forma, a enfermagem conta com alguns sistemas de classificação no qual o desenvolvimento está relacionado as fases do processo de enfermagem, uma das terminologias de enfermagem mais utilizadas atualmente é a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I). Com isso, o processo de enfermagem deve estar alicerçado em um bom suporte teórico, como as grandes teorias, em protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos, como também com estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades que lhe servem de base (Peres *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2019; Brasil 2024).

Assim, se organizam conceitos referentes aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, oferecendo apoio ao profissional na produção de conhecimentos e raciocínio clínico de forma rápida, o que colabora para a otimização da assistência. Destarte,

para definições conceituais e operacionais referentes aos diagnósticos. Por isso, é importante conhecer os elementos que estão relacionados ao fenômeno de interesse, o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz com ênfase em suas definições conceituais e operacionais, a fim de facilitar a correta identificação pelo enfermeiro durante o processo de raciocínio clínico. Além de possibilitar uma estrutura mais consistente com o diagnóstico, é necessária a realização de estudos de validação sobre este fenômeno (Pereira *et al.*, 2023).

Mediante ao exposto primeiro, faz-se necessário compreender como é definido o enfrentamento e Lazarus e Folkman (1984) já definia em seus estudos como sucessivas alterações cognitivas e esforços comportamentais para o melhor conduzir as exigências internas e/ou externas. Com isso, o enfrentamento ineficaz pode ser quando esses esforços não conseguem conduzir bem as demandas relativas as alterações cognitivas e os esforços comportamentais.

Contudo, o enfrentamento pode ser definido de forma resumida, como estratégias que as pessoas usam para se adaptar às circunstâncias adversas passadas ao longo da vida. Com isso, tais estratégias possuem o potencial de impactar de forma positiva ou negativa, a saúde biopsicossocial principalmente de mulheres que vivenciam o contexto da violência doméstica. As formas de enfrentamento são conduzidas de acordo com as repercussões das experiências vividas pelas mulheres, assim como a capacidade de afetar na saúde e no bem-estar. De modo que, o enfrentamento pode ser visualizado como formas de adaptação às situações em que vivenciam (Dias; Pais-Ribeiro, 2019).

No Modelo de Adaptação de Roy (MAR), o conceito de enfrentamento é muito importante, e a teórica descreve que os processos de enfrentamento “são formas inatas ou adquiridas de agir diante das mudanças produzidas no ambiente”. Contudo, esse modelo ajuda organizar os conceitos apropriados para caracterizar ou descrever os fenômenos estudados e proporciona representações da realidade da prática de enfermagem. Portanto, acredita-se que o MAR, ao descrever os processos envolvidos na resposta humana ao meio ambiente, oferece uma estrutura tanto para avaliação do comportamento humano como para o planejamento de cuidados de enfermagem (Roy, 2009).

Desse modo, ao fundamentar o cuidado a partir de uma teoria, o profissional enfermeiro confere sentido à sua prática administrativa e assistencial, com potencial diferenciação na construção do raciocínio clínico, bem como, revela subsídio para definir e avaliar as intervenções de enfermagem e alcançar melhores resultados. Como também ter conhecimento amplo sobre a problema que está a conduzir na sua prática clínica, assim será feita toda uma abordagem em relação a população em estudo, mulheres sobreviventes da

violência doméstica (Almeida et al., 2020; Santos et al., 2019).

Em vista disso, inicialmente destaca-se que a violência doméstica se insere dentro da categoria de violência de gênero, e continua a ser um problema com raízes profundas em quase todo o mundo, presente em diversos países e diversas culturas, apresentando-se de forma multifacetada e mantendo relação causal com as desigualdades de gênero, que normalizam a opressão feminina em decorrência da perpetuação do poder masculino, o qual muitas vezes é manifestado através da violência (Silva; Oliveira, 2015; Netto *et al.*, 2017; Guimarães; Pedrosa, 2015).

A naturalização da violência doméstica faz-se presente, mesmo atrelada a sua gravidade, muitas vezes passa despercebida, isso devido toda essa estrutura relatada anteriormente. As formas são diversificadas, multifacetadas e se expressa das mais diversas maneiras. Pois ocorre no contexto domiciliar, enredada pelo mito da seguridade do lar, a partir do qual acredita-se que o domicílio é o local mais seguro, em virtude de, teoricamente, ser permeado apenas por relações de afeto. No entanto, o domicílio configura-se como o local mais perigoso para a mulher, pois o ambiente privado do lar acaba por dar invisibilidade (Santos; Moré, 2011; Piosiadlo; Fonseca; Gessner, 2014; Vieira, Garcia E Maciel 2020).

No contexto mundial, calcula-se que em torno de um terço (30%) das mulheres que estão em um relacionamento sofrem ou já sofreram alguma forma de violência física e/ou sexual por seu parceiro íntimo durante a vida e, além disso, até 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro íntimo masculino. No cenário brasileiro, de acordo com os dados, entre 2016 e 2021, verificou-se um crescimento de quase 45% no número de casos novos de violência doméstica por 100 mil mulheres, saltando de 404, em 2016, para 587, em 2021, configurando-se o crescimento dos casos de violência doméstica (Cerqueira, 2023)

Assim, cabe destacar que a violência doméstica, conforme a Lei 11.340, Lei Maria da Penha, consiste em qualquer ato que resulta, ou pode resultar, em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para a mulher, sendo tipificada em: I) violência física, II) violência sexual, III) violência patrimonial, IV) violência psicológica e V) violência moral. Ressalta-se ainda que a violência atinge mulheres em diversas idades, etnias e em todos os períodos de seu ciclo vital (BRASIL, 2006; Netto *et al.*, 2017).

O artigo 5º da LMP esclarece o que é considerado violência doméstica e violência intrafamiliar. Violência doméstica na Lei é definida como aquela que ocorre na unidade doméstica, ou seja, um espaço de permanente convívio entre as pessoas com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas (Lei 11.340/2006). Violência intrafamiliar é definida como a que ocorre no âmbito familiar, contra pessoas que são ou se consideram da

mesma família (por laços biológicos, por afinidade ou por expressão da vontade). A LMP também prevê a aplicação de suas medidas à violência ocorrida entre pessoas que possuem relação íntima por afetividade, com ou sem coabitação e independente da orientação sexual.

A violência doméstica foi ampliada pela pandemia de covid-19 em dois sentidos: a incidência tem aumentado globalmente, e a presença da violência doméstica em todas as sociedades também têm se revelado mais claramente, ao lado de outras adversidades e desigualdades (Vieira; Garcia; Marcel, 2020). A resposta da sociedade deve ser multissetorial. Aqui, nos aprimoramos nos desafios para a resposta à saúde. Atender às necessidades das sobreviventes e de suas famílias requer recursos de saúde adicionais e deve ser informado por dados precisos sobre a incidência e efeito da violência e abuso doméstico e pela compreensão da experiência dos sobreviventes que buscam apoio. Permanece a incerteza sobre o tamanho do aumento da violência doméstica globalmente durante a pandemia de covid-19. As ligações para serviços de apoio e para a polícia variaram no último ano, com grandes aumentos na maioria dos países.

Nesse contexto, baseado no fato de que é naturalizada na sociedade, em função do regimento patriarcal das relações amorosas abusivas, a mulher enfrenta desafios que deslegitimam seu enfrentamento e deficiência nas redes de apoio formais e informais. Além disso, mesmo quando a mulher se reconhece como vítima e decide sair do ciclo de abusos, enfrenta barreiras que, muitas vezes, a levam a tentativas malsucedidas e frustrantes, a partir das quais a mesma perde o interesse em continuar tentando quebrar o ciclo. Essa situação pode acarretar o processo de morte (Silva; Oliveira, 2015; Silva, *et al.*, 2017).

Neste âmbito, a violência tem repercussões na qualidade vida e saúde da mulher e suas famílias. Os estudos apontam repercussões físicas e mentais. As físicas, estas incluem impacto imediato, como aqueles que repercutem por toda a vida. Já em relação ao impacto mental, este varia consideravelmente de mulher para mulher e pode incluir ansiedade, medo, depressão, Síndrome do Estresse Pós-Traumático, problemas de sono, estresse, sofrimento psíquico, diminuição da autoestima, sentimentos subsequentes de autculpa e vergonha, bem como, ideação e tentativa de suicídio (Curtis 2012; Sinha 2013; Oliveira *et al.*, 2016; Silva, *et al.*, 2017).

Vale destacar que as mulheres sobreviventes da violência doméstica quando procuram os serviços de saúde, na maioria das vezes não revelam os motivos aos profissionais. Comumente existem relatos de insônia, palpitações, ansiedade, angústia, depressão e nervosismo como os principais motivos que as levam a procurarem ajuda, os quais podem ser decorrentes da tensão e da violência que sofrem, sem o devido relato da violência ou da situação

que vivenciam. Dessa forma, os profissionais que atendem estas mulheres, buscando reduzir os sintomas, acabam apenas medicando e encaminhando a outros serviços. Contudo, isso ainda acontece, também pela falta de informação das mulheres em não saber que os serviços de saúde podem acolher esta demanda e os profissionais também não estarem aptos ao acolhimento e atendimento (Souza; Rezende, 2018).

Mediante as repercussões para a saúde, cabe refletir sobre a relevância de ações que visam o enfrentamento da violência doméstica, em que se deve destacar a Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher (2011), a qual integra uma rede de serviços intrasetorial e intersetorial que operacionalizam tais ações, para as quais o setor saúde apresenta grande relevância. Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro destaca-se em virtude de sua formação ser pautada em uma ciência humanística, que exige competências que viabilizem uma ótica integral do ser, do adoecer e de se ter saúde frente a determinantes que implicam no processo saúde-doença-cuidar, dentre estes a violência (Dias; Moreira, 2020, Brasil, 2011).

A própria política traz como conceito de enfrentamento à implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade em todas as suas expressões, ou seja, requer a ação conjunta da saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social. Nesse sentido, propõe ações no sentido de desconstruir as desigualdades, promover o empoderamento das mulheres e garantir um atendimento qualificado e humanizado. Portanto, a noção de enfrentamento compreende também as dimensões de promoção, de prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres (Brasil, 2011).

Mediante o exposto, estabelece-se a necessidade de se definir critérios diagnósticos adequados que representem o processo de enfrentamento porque passam mulheres vítimas de violência em seu lar, tendo em vista que tais processos são primordiais para a mudança de sua situação, para a promoção da saúde e proteção de sua saúde física e mental. Neste contexto, ressalta-se que um dos requisitos ao cuidado de enfermagem trata-se da competência científica, a qual pode ser contemplada através do Processo de Enfermagem, por este ser um método científico. No Brasil, o Processo de Enfermagem é regulamentado pela resolução 736/2024, que o divide em cinco etapas, a saber: I) Avaliação, II) Diagnóstico, III) Planejamento, IV) implementação e V) Evolução (COFEN, 2024).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) trata-se de uma etapa do processo de enfermagem, definida enquanto processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na etapa de histórico, que culmina na tomada de decisão (COFEN, 2024). Dentre os sistemas de classificação de DE, a taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I) é a mais utilizada

em todo o mundo e por isso foi eleita para embasar esse estudo. Destaca-se que as taxonomias foram desenvolvidas para padronizar a linguagem que os enfermeiros utilizam na descrição ou na caracterização dos fenômenos que identificam, tratam e avaliam em seus pacientes (Herdman; Kamitsuru, 2021).

Conforme a NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz foi aprovado em 1978 e revisado apenas no ano de 1998. Este diagnóstico é definido como “um padrão de avaliação inválida de estressores, com alterações cognitivas e/ou esforços comportamentais, que não são bem gerenciados às demandas relacionadas ao bem-estar” (Herdman; Kamitsuru, 2021). Tal diagnóstico, embora componha a atual classificação da NANDA-I, apresenta poucas pesquisas sobre seus elementos e, consequentemente, dispõe de baixo nível de evidência de validade.

A estrutura atual do diagnóstico inclui 20 características definidoras: Capacidade de resposta afetiva alterada, Atenção alterada, Padrão de comunicação alterado, Comportamento destrutivo frente aos outros, Comportamento destrutivo frente a si mesmo, Dificuldade para organizar informações, Fadiga, Doença frequente, Habilidade prejudicada em pedir ajuda, Habilidade prejudicada em atender por informações, Habilidade prejudicada em lidar com uma situação, Habilidade prejudicada para atender às necessidades básicas, Habilidade prejudicada para atender à expectativa do papel, Acompanhamento inadequado com comportamento direcionado aos objetivos, Resolução inadequada de problema, Habilidades inadequadas de resolução de problemas, Relata o ciclo sono-vigília alterado, Relata senso inadequado do controle, Comportamento de risco e Uso indevido de substâncias (Herdman *et al.*, 2021).

Quanto aos fatores relacionados, estão listados um total de nove possíveis etiologias para o Enfrentamento ineficaz: Alto grau de ameaça, Apoio social inadequado, Avaliação imprecisa de ameaças, Estratégias ineficazes para alívio de tensão, Falta de confiança na capacidade de lidar com uma situação, Incapacidade de conservar energias adaptativas, Preparação para estressor inadequada, Recursos de saúde inadequados e Sensação inadequada de controle. Além destes elementos clínicos, estão incluídas duas populações de risco identificadas para o diagnóstico: Indivíduos vivenciando crise de amadurecimento e Indivíduos vivenciando crise situacional (Herdman *et al.*, 2021).

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

O caminho ao objeto de estudo se deu pela inquietação da pesquisadora em contribuir na prática de enfermagem baseada em evidências para a mulher sobrevivente da violência doméstica, tendo em vista que a complexidade do fenômeno acarreta um processo de enfrentamento também complexo, em que a mulher requer uma assistência de enfermagem baseada em suas reais necessidades. Enquanto justificativa pessoal destaca-se que a pesquisadora já realiza estudos sobre a temática Violência Contra a Mulher (VCM), e foi identificado em pesquisa de campo, como também nos estudos científicos, de forma empírica, fenômenos que possibilitam o diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz (Feitosa, 2019).

Vislumbra-se que esse estudo possui relevância nas dimensões assistencial/acadêmica, científica e social. Na dimensão assistencial/acadêmica, percebe-se o potencial em se gerar evidências que podem fomentar a promoção e prevenção da saúde, como também a assistência de enfermagem integral à mulher em situação de violência doméstica, podendo corroborar desde a graduação em enfermagem até a educação permanente em saúde.

No que se refere à relevância social, destaca-se que toda pesquisa voltada a abordagem da mulher sobrevivente da violência doméstica se faz importante, uma vez que contribui para a desnaturalização desse fenômeno na sociedade. Considera-se que a definição do diagnóstico Enfrentamento ineficaz parte de uma perspectiva ampliada, não se limitando somente ao adoecimento físico, os resultados do estudo poderão corroborar para uma visão holística do cuidado de enfermagem à mulher sobrevivente da violência doméstica.

Quanto a relevância científica, destaca-se pela inovação desse estudo tanto em conciliar um diagnóstico de enfermagem ao contexto da violência doméstica, como pela abordagem do enfrentamento na perspectiva da vítima, uma vez que os estudos se limitam a abordar as ações de enfrentamento dos serviços da rede de enfrentamento, o que, ainda assim, mostra fragilidades. Os resultados da presente pesquisa poderão fomentar a prática baseada em evidência no contexto da violência doméstica, o que potencializa a efetividade do cuidado de enfermagem.

Conforme foi apresentado nos tópicos anteriores, têm-se a definição para o problema de pesquisa, com os seguintes questionamentos: Quais são os elementos da estrutura do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz que propõe a NANDA-I está condizente com os dados presentes na literatura atual? As características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz são claros e precisos? Existem outros indicadores clínicos e/ou fatores causais do Enfrentamento ineficaz no contexto de mulheres que sofreram violência doméstica? Segundo a literatura científica quais os

elementos são relevantes para o fenômeno? Neste sentido, têm-se a seguinte hipótese de pesquisa: o Enfrentamento ineficaz é um diagnóstico de enfermagem que apresenta elementos específicos em seu domínio de conteúdo para direcionar sua avaliação entre mulheres sobreviventes da violência doméstica.

No contexto da violência doméstica, a presente pesquisa se propoz a estabelecer evidências de validade de conteúdo do DE Enfrentamento ineficaz, por meio de duas etapas: a primeira sendo uma revisão teórica do diagnóstico como forma de aprofundamentos dos elementos necessários e definições conceituais e operacionais adequadas ao público em questão por meio do desenvolvimento de uma Teoria de Situação Específica (TSE) (Im, 2005; Lopes; Silva, 2016). Tal fase será melhor abordada nos tópicos de introdução e referencial teórico-metodológico do Capítulo 1 que descreve e apresenta a TSE formulada para o Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica. Para a segunda fase, foi realizada a validação de conteúdo por meio da análise das avaliações feitas por profissionais juízes à estrutura sendo relevante ou não ao Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica. A seleção e a classificação desses juízes percorre por critérios estabelecidos previamente, uma vez que os resultados encontrados dependem significativamente dos níveis de conhecimento prático e acadêmico de cada juiz (Lopes; Silva, 2016). Os detalhes para esta etapa são descritos e apresentados no Capítulo 2 que descreve o processo para a fase de validação de conteúdo com os juízes escolhidos.

OBJETIVO GERAL

Verificar a validade da estrutura do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz” em mulheres sobreviventes da violência doméstica, revisada a partir de uma Teoria de Situação Específica (TSE) e da análise de conteúdo.

CAPÍTULO 1 – TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

1 INTRODUÇÃO

Os estudos de validação de diagnósticos de enfermagem têm sido ancorados em Teoria de Médio Alcance (TMA) e Teoria de Situação Específica (TSE) sendo consideradas como a fase crucial para o seu desenvolvimento, pois possibilitam a precisão de realidades melhores desenvolvidas. De acordo com a verificação da validade de constructos, esses podem apresentar fenômenos nos quais os enfermeiros que estão atuando na linha de frente do planejamento de cuidados tenham realidades mais palpáveis (Lopes; Silva; Araújo, 2013; Lopes; Silva, 2016).

Desse modo, tem-se a construção de uma TSE para a primeira fase, que apresenta uma tradução aprofundada de conhecimento e raciocínio clínico da enfermagem, com o objetivo principal de revisar o conteúdo dos diagnósticos estudados, assim como buscar a expansão dos conceitos e elementos pertencentes ao mesmo (Fawcett, 2005; Lopes; Silva; Herdman, 2015).

As TSE apresentam conceitos concretos, tendo um nível de abstração reduzido, o que facilita as relações de causalidade entre os conceitos empregados ao fenômeno de interesse, por consequência, conseguem descrever como são desenvolvidas as mudanças dentro de tal episódio e possibilita o entendimento da problemática referente à clínica pertencente ao fenômeno estudado (Im; Meleis, 1999; Fawcett, 2005). Contudo, no que se refere a especificidade, têm ainda certas limitações que as impossibilita de detalhar, explicar e favorecer compreensões perante os diferentes grupos de pacientes/indivíduos. Não obstante, se propõem a focar em determinados fenômenos de enfermagem específicos que podem melhorar, direcionar e refletir a prática clínica, uma vez que estão moderadas a populações e/ou campos de prática específicos (Meleis, 1997; Meleis, 1987; Meleis, 1998; Meleis; Im, 2001; Chinn, 1985; Hall; Stevens; Meleis, 1994).

Com isso, as TSE se constituem da necessidade dos valores filosóficos, teóricos e o pluralismo metodológico ao fenômeno de interesse do estudo, com intuito de avaliar o quanto a pluralidade e tende a ser adequada perante a natureza e objetivos da enfermagem. Há três formas de raízes filosóficas existentes para as TSE, sendo estas: 1- Pós-empirismo; 2- Teoria crítica social e feminismo; e 3- Hermenêutica (Im; Meleis, 1998). A primeira foi

adotada neste estudo, pois considera que o fenômeno de enfermagem pode ser moldado ou “retificado”, nos quais são feitas correlações perante aquilo que é observável e aquilo que não é observável com a finalidade de uma assistência mais cautelosa pelo profissional enfermeiro (Gortner, 1993).

Faz-se importante trazer aqui as definições para as outras duas raízes filosóficas, a fim de compreender o porquê de não serem usadas na TSE. A segunda raiz filosófica, o feminismo e as teorias críticas sociais providenciam o raciocínio perante a diversidade e os contextos históricos e sociopolíticos que poderão nortear as TSE. A utilização de pensamentos feministas liberais e culturais para teorias de enfermagem têm crescido, especialmente à enfermagem que ainda se encontra como uma profissão predominantemente composta por mulheres (Chinn, Wheeler, 1985; Bunting; Campbell, 1990). A terceira raiz filosófica, a Hermenêutica, trata do desenvolvimento de uma TSE por meio da consciência histórica e o valor da humanidade e o entendimento perante a existência humana (Gortner, 1993; Schwandt, 1994). Contudo, o diagnóstico estudado tem uma abordagem mais fortemente subjetiva, por isso, optou-se por não usar essas duas últimas raízes filosóficas. Mediante ao fenômeno que pode ser moldado, vale considerar o Modelo de Adaptação de Roy (MAR) para abordar o Enfrentamento ineficaz.

Uma vez que, o MAR considera a pessoa como um sistema adaptativo formado pelos seguintes elementos: input, representados pelos estímulos internos e externos; output, constituído pelas respostas, controles e mecanismos de enfrentamento; e feedback, expresso pela retroalimentação. Sendo assim, o MAR, desde de que foi lançado em 1964 despertou interesse e respeito, sendo logo adotado como estrutura conceitual para a enfermagem. Os quatro metaparadigmas essenciais da enfermagem, os quais foram definidos especificamente para o MAR são os seguintes: a pessoa que é receptora do atendimento de enfermagem; o conceito de ambiente; o conceito de saúde e a enfermagem.

Com isso, a primeira preocupação é identificar o receptor do cuidado, ou seja, a quem o cuidado será prestado, aqui em específico a mulher sobrevivente da violência doméstica. A pessoa é conceituada a partir de uma perspectiva holística, como um ser unificado em interação com o ambiente onde há troca de informação, matéria e energia, incluindo estímulos e comportamentos que se interligam por meio de entradas, saídas, controle e retroalimentação. Este sistema representa o processo adaptativo da pessoa, que consiste na entrada de estímulos e nível de adaptação, saída como respostas comportamentais que servem como mecanismo de enfrentamento e representa o fenômeno estudado, o enfrentamento em mulheres sobreviventes da violência doméstica.

Daí, essa teoria torna-se representativa, ao passo que tem por objetivo promover reflexões com potencial revolucionário e direcionados à assistência de enfermagem. Possui como componentes teóricos: a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos de adaptação (modo adaptativo: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel), contribuindo assim para a saúde e a qualidade de vida. Sendo assim, o modo interdependência será o foco para esse estudo (Roy, 2001).

Desse modo, uma das técnicas para validação do componente teórico de um diagnóstico de enfermagem é a construção de uma TSE, a qual pode ser derivada de uma grande teoria. Portanto, esta seção tem como objetivo criar um suporte teórico para esta resposta humana neste contexto clínico de mulheres que sofreram violência doméstica, através da realização de uma TSE por meio do desenvolvimento de uma revisão de escopo da literatura e pela análise do MAR.

1.2 OBJETIVO

Desenvolver uma Teoria de Situação Específica (TSE) que identifique e defina os elementos e processos clínicos da resposta ao enfrentamento ineficaz referentes ao estabelecimento do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz” em mulheres sobreviventes da violência doméstica.

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O Processo de Enfermagem foi marcado por 3 gerações e desde o início dos anos 80, tem sido estudado para comprovar os fenômenos que a direcionam enquanto ciência, assim como a formação de prototipos que a concretizem e conceituam: pessoa, saúde, ambiente e a enfermagem em si. A partir desse aprimoramento contínuo da prática profissional, as pesquisas em andamento sobre a dinâmica do raciocínio e julgamento clínico, bem como a tendência emergente no sistema de saúde para especificar e avaliar os resultados da atenção à saúde (Garcia, 2020; Brasil, 2024).

Nessa perspectiva, propicia mudanças de conceitos perante a enfermagem, pois tal profissão é pertinente à vivência das pessoas e são tidas como transitórias a saúde, constituem-se dos resultados das intervenções desenvolvidas. Assim, o grande desafio do enfermeiro será compreender os processos de mudanças que perpassam o ser humano, para ter consultas de enfermagem eficazes que os ajudem a recuperar sua autonomia e bem estar (Meleis, 2011; Savieto; Leão, 2016).

Assim, faz-se necessário que o enfermeiro defina linhas de pensamento que possam fundamentá-lo e que direcionem suas práticas em enfermagem. Com isso, têm-se as grandes teorias de enfermagem, que fornecem estruturas teóricas que determinam rumos diferenciados aos indivíduos e impõem novos desafios à prática do profissional em si. Contudo, é necessário que haja congruência quanto à teoria estabelecida e a prática profissional (Carpinteira *et al.*, 2014; Ribeiro *et al.*, 2018).

Vislumbra-se que as teorias sejam vistas como fundamentais ao conhecimento e as práticas da enfermagem, visto que os modelos propostos pelas grandes teorias buscam a orientação do profissional, seu pensamento crítico, tomada de decisões em certas necessidades de atuação, para além da visibilidade e importância científica da profissão. Nessa concepção, as grandes teorias constroem parâmetros e modelos para a assistência no desempenho da profissão e são considerados como referenciais imprescindíveis à formação do estudante e profissional enfermeiro (Alligood, 2013; McEwen; Wills, 2015). Entende-se as grandes teorias de enfermagem em um contexto amplo, como reflexões que desempenham modos predominantes e tendem a objetivar o campo prático e acadêmico (Brandão *et al.*, 2019).

As teorias são agrupamentos de conceitos menos amplos que modelos conceituais e que propõe resultados mais específicos. Contudo, podem variar de acordo com seu nível de abstração, sendo que as grandes teorias são relativamente amplas, enquanto as Teorias de Médio Alcance (TMA) abordam um conjunto de conceitos menos abstratos e mais específicos com

mais detalhes para a prática de enfermagem. Sendo assim, uma das derivações encontradas para as teorias maiores são as TMA e as TSE que são compostas por conceitos considerados mais palpáveis à prática, com a apresentação da causalidade entre os conceitos identificados, o que possibilita a compreensão perante as mudanças ocorridas no fenômeno estudado (Fawcett, 2005).

As TMA são divididas em três eixos, sendo estas: descritiva, explicativa e preditiva. As TMA descritivas têm por objetivo classificar ou descrever o fenômeno, enquanto pertencente à taxonomia dos diagnósticos de enfermagem; as TMA explicativas abordam a relação entre os conceitos e a preocupação em como tais conceitos estão relacionados com cada conceito existente. As TMA preditivas estabelecem a relação precisa perante os conceitos e um ou mais efeitos existentes de um ou mais conceitos, além da descrição da relação entre causa e efeito (Fawcett, 2005; Lopes; Silva; Herdman, 2015).

Para esse estudo, será utilizada a ideia das TMA preditivas segundo o fenômeno do Enfretamento ineficaz, assim como suas etapas, descritas no tópico posterior para fins de construção, sendo estas: 1-definição e abordagem para construção da teoria; 2- definição do modelo teórico-conceitual; 3- definição dos principais conceitos; 4- desenvolvimento de um pictograma; 5- construção das proposições; e 6- relações de causalidade e evidência para a prática (Lopes; Silva; Herdman, 2015).

Além disso, as grandes teorias dificilmente levam em conta contextos sociopolíticos, culturais e/ou históricos pertinentes a assistência de enfermagem. Consequentemente, embora as grandes teorias forneçam diretrizes úteis e produtivas para a prática de enfermagem em geral, ela não fornece diretrizes adequadas para fenômenos em diversos contextos e situações e limita a consideração dos pacientes e seu contexto histórico e sociocultural dinâmico.

Contudo, Im e Meleis (1999), definiram as TMAs como teorias que focam em fenômenos de enfermagem específicos que refletem a prática clínica e que são limitadas a populações específicas ou a campos particulares de prática. As TMAs são concretizadas em um contexto social e histórico e são desenvolvidas naquele período de tempo, a partir de uma estrutura socialmente restritiva ou uma situação politicamente limitante. São teorias mais específicas clinicamente, que refletem um contexto particular e podem incluir esquemas de ação, podem incorporar as diversidades e complexidades do fenômeno de enfermagem e enfatizam os fatores contextuais em relação à enfermagem e providenciam estruturas integrativas que proporcionam guias de assistência à prática e pesquisa em enfermagem.

Sendo assim, Im (1999) descreve as relações perante as TMA e as TSE em uma

figura que aborda as TMA como parte essencial e representativa nas TSE, porém, não havendo o pressuposto de especificação trazido pelas TSE, o que a diferencia totalmente neste sentido de característica particular e enriquecedora à enfermagem. A abordagem de TSE ocorre pelas seguintes etapas: 1- Escolha de uma temática para desenvolvimento da teoria que possa envolver múltiplas verdades, uma teoria de fundamentação para a TSE, a contextualização sociopolítica e as perspectivas para a enfermagem; 2- Exploração do fenômeno por meio de múltiplas fontes, como teorias de enfermagem já existentes, revisões de literatura, experiências e resultados encontrados em outras pesquisas, artigos, na educação e pela própria prática; 3- Teorização com o início do processo da TSE e sua integração com a enfermagem; e 4- Validação, relatório e compartilhamento das informações coletadas e informadas na TSE.

Ressalta-se, que as fases de uma TSE não foram utilizadas, optou-se pela adoção das fases referentes da TMA como sendo mais apropriada para este estudo, sendo assim, a define-se a teoria como sendo uma TSE ao passo que se descreve um grupo em específico e uma raiz filosófica necessária na produção da estrutura do diagnóstico do Enfrentamento ineficaz.

1.4 MÉTODO

A aquisição de conhecimento para a validação iniciou por meio da etapa de desenvolvimento teórico, o qual foi alicerçado mediante a construção de uma TSE. Desta forma, foi utilizado o MAR, associado ao apoio de uma revisão de escopo para fins de identificação e definição dos elementos que deveriam compor o diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento ineficaz” segundo o contexto das mulheres sobreviventes da violência doméstica. Tanto a elaboração da primeira etapa quanto a construção da TSE ocorreram entre agosto de 2022 e junho de 2023.

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

As etapas referentes ao desenvolvimento de TSE, descrita anteriormente são: 1- Definição da abordagem para construção da TSE; 2- Definição dos modelos teórico-conceituais adotados para a TSE; 3- Definição dos conceitos chave da TSE; 4- Construção de um diagrama pictorial; 5- Construção das proposições da TSE; e 6- Estabelecimento das relações de causa e evidência baseada na prática (Lopes; Silva; Herdman, 2015). Desta maneira, cada fase será descrita e contextualizada conforme o fenômeno estudado do DE “Enfrentamento ineficaz” em mulheres que sofreram violência doméstica.

1.4.1 Definição da Abordagem de Construção da Teoria

Inicialmente, a TSE necessita surgir a partir do raciocínio clínico, mediante uma sequência de elementos pertinentes, que serão incluídos a fim de representarem o fenômeno de interesse, além das relações de causa e efeito e os principais conceitos a serem abordados. Faz-se imprescindível deixar claro que as teorias produzidas requerem metodologias apropriadas para uma futura validação diagnóstica e alguns modelos de causa clínica epidemiológica, diante do processo de raciocínio clínico (Lopes; Silva; Herdman, 2015).

Sendo assim, o desenho deste estudo de validação se deu por meio da etapa de desenvolvimento teórico, no qual foi embasado segundo a construção de uma TSE. Em suma, foi utilizado o MAR, associada à construção de uma revisão de escopo, a fim de identificar e definir os elementos que deveriam compor o diagnóstico de enfermagem de Enfrentamento

ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica. Tanto a elaboração da primeira etapa quanto à construção da TSE ocorreu entre agosto de 2022 a agosto de 2023.

Desse modo, foram adotadas as etapas quanto à construção das TMA para este estudo, descritas como abordagens capazes de desenvolver um nível teórico que permite a identificação dos fatores etiológicos (antecedentes) e indicadores clínicos (consequentes) do diagnóstico estudado, além de formular relações de causalidade que irão especificar as respostas humanas alcançadas (Lopes; Silva; Herdman, 2015).

1.4.1.1 Construção da Revisão de Escopo

Para a revisão de Escopo, foi feita a seguinte questão de pesquisa: quais são os antecedentes e consequentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz? considerando-se consequentes as manifestações clínicas que correspondessem na classificação NANDA – I, as características definidoras, e como antecedentes os fatores relacionados ao diagnóstico.

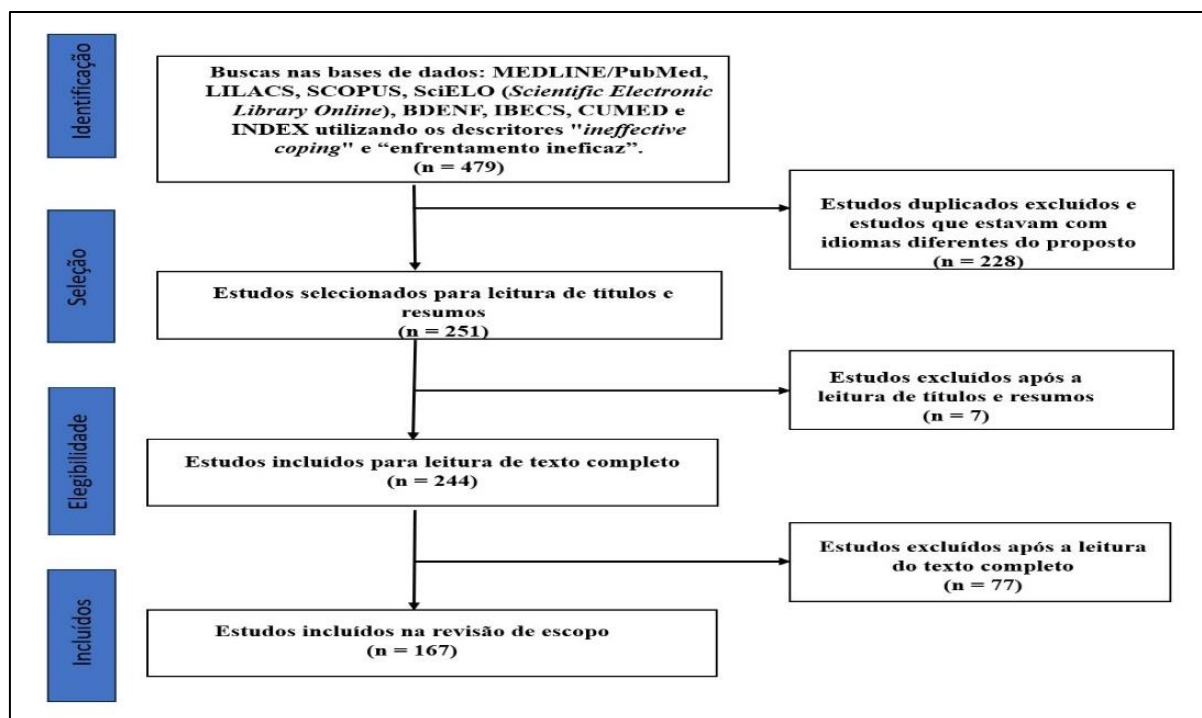
A coleta realizou-se pela busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio das palavras-chaves "*ineffective coping*" e "enfrentamento ineficaz", foi usado apenas esse termo a fim de ampliar a busca, pois, não foi possível encontrar estudos quando associados a outros termos. Assim, as produções selecionadas para análise atenderam os critérios: produções completas; publicadas nos idiomas inglês, espanhol e português; e sem recorte temporal, de forma a ampliar o quantitativo de produções nas buscas.

Após a realização da busca inicial, 479 produções foram identificadas, publicadas no período de 1985 a 2022, nas bases de dados: MEDLINE/PubMed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCOPUS, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BDENF (Base de Dados em Enfermagem), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde), CUMED (Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba) e INDEX Psicologia. Dos estudos encontrados, 182 produções duplicadas entre as bases de dados e 46 produções que não estavam nos idiomas escolhidos para esta revisão foram removidas. Desta forma, obteve-se 251 produções completas.

Posteriormente, as 251 produções foram avaliadas para leitura de títulos e resumos para verificação de inclusão, e sete foram excluídas por não contemplarem a temática, restando 244 produções. Após a leitura do texto completo, nove foram excluídas por serem estudos de caso, 15 por estarem fora da temática de estudo, 21 não foram localizadas e 32 por serem estudos de revisão, restando 167 produções acessadas na íntegra de forma online para a

definição dos antecedentes e consequentes (Figura 1). Em cada produção incluída na amostra, a partir desse termo geral, foi percebido quais elementos se manifestavam no público feminino e feita a relação para mulheres sobreviventes da violência doméstica, ao final foram destacados os antecedentes e consequentes identificados para o DE “Enfrentamento ineficaz” em mulheres sobreviventes da violência doméstica.

Figura 1 - Fluxograma de busca e seleção dos estudos na revisão de literatura.



Fonte: elaborada pela autora

Destaca-se que não foram utilizados outros termos para a busca, pois isso limitava os achados. Dessa forma, a autora optou por utilizar um único termo para a busca a fim de encontrar todos os estudos com os usos do termo referentes ao enfrentamento ineficaz.

1.4.1.2 Fundamentação na Teoria da Adaptação da Callista Roy

A irmã Callista Roy, integrante da Congregação das Irmãs de Saint Joseph de Carondelet, nasceu em 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia. Em 1963, recebeu o título de Bacharel de Artes na Enfermagem pela Escola de Mount Saint Mary, em Los Angeles e, em 1966, o título de mestre de Ciências na Enfermagem pela Universidade da Califórnia. Após concluir o Curso de enfermagem, estudou sociologia e recebeu o título de Doutora, em

1997 pela mesma universidade. Roy desenvolveu um modelo conceitual para a enfermagem a partir de sua experiência como enfermeira pediátrica, admitindo que o conceito de adaptação poderia compor um eixo de orientação para a prática de enfermagem. A autora publicou seu primeiro manuscrito, conceitualizando homem como sistema adaptativo e, posteriormente, derivou sua explicação do autoconceito e função de papéis. Em 1968, começou a operacionalizar seu modelo como base filosófica no currículo de Enfermagem da Escola de Mount Saint Mary e, a posteriori, obteve uma variedade de publicações, incluindo livros, capítulos e artigos em periódicos. Em 1985, concluiu o seu Pós-Doutorado na Universidade da Califórnia (Rodrigues; Pagliuca; Silva, 2004).

Roy, entende a enfermagem como uma profissão dos cuidados de saúde que se centra nos processos de vida humanos, enfatizando a promoção da saúde aos indivíduos, grupos e sociedade como um todo, sendo o ambiente considerado como todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o comportamento da pessoa. A pessoa saudável não está livre de situações inevitáveis como a morte, a doença, a infelicidade ou o estresse, mas a capacidade de lidar com estas situações deve ser a mais competente possível (Roy, 2008).

Assim, a saúde é um reflexo de adaptação da interação entre pessoa e ambiente. Roy considera o objetivo da enfermagem a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos de adaptação (modo adaptativo: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel), contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade. O comportamento individual e em grupo é visto em relação aos quatro modos adaptativos. Os modos fornecem uma forma ou manifestação particular da atividade cognato-regulador e estabilizador-inovador dentro dos sistemas adaptativos humanos. Os modos adaptativos são descritos separadamente, incluindo sua base teórica e diretrizes para avaliação e as outras etapas dos processos de enfermagem. No entanto, o enfermeiro deve estar ciente de que o indivíduo ou grupo deve ser visto como um todo e não pode ser separado em partes. Há interseção dos modos dentro do modelo. O comportamento no modo fisiológico-físico pode ter um efeito ou atuar como um estímulo para um ou todos os outros modos (Roy, 2008).

No MAR as pessoas são consideradas como sistemas abertos, os quais mantêm interação contínua com seus ambientes, ocorrendo mudanças internas e externas. As pessoas estão constantemente sujeitas a estímulos que exigem respostas, que podem ser respostas adaptativas se promovem a integridade em termos dos objetivos dos sistemas humanos como a sobrevivência, o crescimento, a reprodução, formação e a integração da pessoa no meio ambiente, ou ineficazes se não contribuem em termos dos objetivos do sistema humano.

Estímulo é entendido como tudo o que desencadeia uma resposta - o foco de interação entre sistema humano e ambiente, originando-se do ambiente externo (estímulo externo) ou do ambiente interno (estímulo interno), sendo descritos três tipos de estímulos que interagem com as pessoas: focal, contextual e residual. Os estímulos são avaliados em relação aos comportamentos identificados no primeiro nível de avaliação (Roy, 2008).

Estímulos focais são aqueles estímulos internos ou externos que confrontam imediatamente a pessoa. Estímulos contextuais são todos os outros estímulos, presentes na situação, contribuindo para o efeito do estímulo focal, isto é, todos os fatores ambientais internos ou externos que se apresentam à pessoa, que mesmo não sendo o centro da atenção, podem influenciar a forma como a pessoa reage aos estímulos focais. Estímulos residuais são fatores ambientais internos ou externos, cujos efeitos na situação não se encontrem claros ou, simplesmente, não possam ser avaliados (Roy, 2008).

Roy estabelece a descrição conceitual de adaptação e desenvolveu um modelo detalhado com o qual os enfermeiros utilizam o processo de cuidados de enfermagem para prestar cuidados de enfermagem e facilitar a adaptação em situações de saúde ou doença. No modelo de Roy, o conceito de enfrentamento é muito importante, e a Teórica descreve que os processos de enfrentamento “são formas inatas ou adquiridas de agir diante das mudanças produzidas no ambiente” (Roy, 1999; Roy, 2008).

Contudo, os mecanismos inatos de resposta “são geneticamente determinados ou comuns entre as espécies e são frequentemente vistos como processos automáticos; os seres humanos não pensam nem mesmo neles”. Os mecanismos de enfrentamento adquiridos “são criados por meio de métodos, como a aprendizagem, as experiências vividas contribuem para apresentar reações habituais a estímulos particulares”. O subsistema regulatório envolve “um processo importante de enfrentamento em que eles entram em jogo o sistema neuronal, o químico e o endócrino e o subsistema de relacionamento é “um processo de enfrentamento importante em que eles entram contato com quatro canais cognitivos e emocionais: o canal perceptual e de processamento da informação, aprendizagem, julgamento pessoal e emoções” (Roy, 1999; Roy, 2008).

Mediante a isso, a categoria de comportamento relacionada as relações interdependentes de indivíduos e grupos é o modo de interdependência, o modo adaptativo final que Roy descreve. O modo se concentra em interações relacionadas ao dar e receber amor, respeito e valor. A necessidade básica desse modo é chamada de integridade relacional, a sensação de segurança em nutrir relacionamentos. Dois relacionamentos específicos são o foco dentro do modo de interdependência para o indivíduo: pessoas que são as mais importantes para

o indivíduo e os sistemas de apoio, contribuindo para atender às necessidades de interdependência (Roy, 2008).

A interdependência, no entanto, se concentra em relacionamentos próximos das pessoas, em vez de papéis na sociedade. A necessidade básica subjacente do modo de interdependência é a integridade relacional, que significa a sensação de segurança nos relacionamentos, sendo experimentada através de relacionamentos mútuos e satisfatórios com os outros e com o meio ambiente. Para as pessoas, essa necessidade é frequentemente atendida através da interação com outras pessoas significativas e sistemas de suporte. Dois processos básicos de vida do modo de interdependência do indivíduo são a adequação afetiva e a adequação do desenvolvimento. O MAR observa que cada indivíduo se esforça pela integridade relacional por adequação e domínio nesses processos (Roy, 1999; Roy, 2008).

As pessoas que demonstram interdependência adaptativa têm um equilíbrio confortável entre suas necessidades de afiliação ou dependência e realização ou independência. Eles aprenderam a viver com sucesso em um mundo de outras pessoas, animais, objetos, o meio ambiente e uma figura de Deus. As necessidades de interdependência são atendidas através da interação social em muitos níveis. As relações interdependentes são divididas em duas categorias: Outros significativos são os seres a quem o maior significado ou importância é dado, e podem ser pais, cônjuge, amigos, membros da família, Deus ou até mesmo um animal. Os sistemas de suporte incluem pessoas, grupos e organizações com as quais se associa para alcançar metas ou alcançar algum propósito. Um local de trabalho, por si só, torna-se parte do sistema de apoio de uma pessoa, um indivíduo que precisa de cuidados de saúde. Essas inter-relações, sejam elas com outras pessoas significativas ou sistemas de apoio, são uma consideração tão importante na prestação de cuidados de enfermagem (Roy, 1999; Roy, 2008).

Ao aplicar o processo de enfermagem, a enfermeira fará uma abordagem cuidadosa de comportamentos e estímulos relacionados aos processos básicos de afeto e desenvolvimento. Ao avaliar estímulos que influenciam as necessidades de interdependência. Fatores incluindo a eficácia do regulador e do cognato no início de processos de compensação, serão considerados. Com base nessas avaliações completas de primeiro e segundo nível, a enfermeira faz um diagnóstico de enfermagem, define metas, seleciona intervenções e avalia os cuidados. Seis etapas do processo de enfermagem de acordo com o Modelo de Adaptação Roy: Avaliação do comportamento, avaliação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, definição de metas, intervenção e avaliação. Sendo o Diagnóstico de Enfermagem de acordo com o MAR um processo de julgamento ressaltando declarações que transmitem o status de adaptação.

1.4.2 Definição do Modelo Teórico-Conceitual

A segunda etapa utiliza a análise propriamente dita dos elementos antecedentes e consequentes e seus conceitos que possibilitarão o processo de racionalização quanto à estrutura básica da TSE construída, declarada enquanto definição do modelo de conceito (Lopes; Silva, 2016).

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

O modelo teórico utilizado para a construção da TSE foi o MAR (1989) – descrito no tópico 1.4.1.2 – que considera a saúde como um reflexo de adaptação e da interação entre pessoa e ambiente. Aponta o objetivo da enfermagem como a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos de adaptação (modo adaptativo: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel), contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade. O comportamento individual é visto em relação aos quatro modos adaptativos. Contudo, o enfermeiro deve ter instrução de que o indivíduo deve ser visto como um todo e não pode ser separado em partes.

1.4.3 Definição dos Principais Conceitos

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

Mediante a construção da revisão de escopo, os estudos selecionados para compor a amostra final durante a primeira etapa deste estudo, a leitura do material possibilitou a identificação e escolha de elementos chave – fatores etiológicos e indicadores clínicos - que

estivessem relacionados ao diagnóstico de Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica assim como contribuíram para as definições conceituais e operacionais.

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

Para o estudo do diagnóstico de Enfrentamento ineficaz, foram selecionados os elementos antecedentes, que são os fatores etiológicos responsáveis pela interação com o público feminino em si e os elementos consequentes como sendo os efeitos apresentados após a interação com os fatores, que estariam compondo o diagnóstico. Os antecedentes foram classificados como: Focal - fatores precipitantes que tem por objetivo iniciar a cadeia causal; Contextual - fatores predisponentes que tendem a aumentar as chances de suscetibilidade do diagnóstico de Enfrentamento ineficaz; fatores incapacitantes que poderão interferir e/ou prejudicar a recuperação das mulheres vitimizadas para a promoção da saúde; e fatores reforçadores como ampliadores do efeito já condizente (Lopes; Silva, 2016). Não será trabalhado com elementos residual, uma vez esses elementos são de difícil mensuração e podem se tornar contextual. Os elementos consequentes foram mencionados como indicadores comportamentais.

1.4.4 Desenvolvimento de um Diagrama Pictorial

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

Assim, para a construção do esquema pictorial optou-se pela adaptação do Diagrama de Ishikawa ou de causa e efeito ou espinha de peixe. Este serve para identificar, explorar, ressaltar e elencar fatores que são considerados por contribuir para o problema, além de ser de simples aplicação e eficaz (Ishikawa, 1943). Assim, considera-se como uma

ferramenta, que tem como finalidade auxiliar a chegar nas causas reais de problemas que acometem os processos.

Contudo, neste estudo, o diagrama tem o intuito de servir como ferramenta para auxiliar os enfermeiros a compreender o Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica, bem como as relações que existem entre esses elementos.

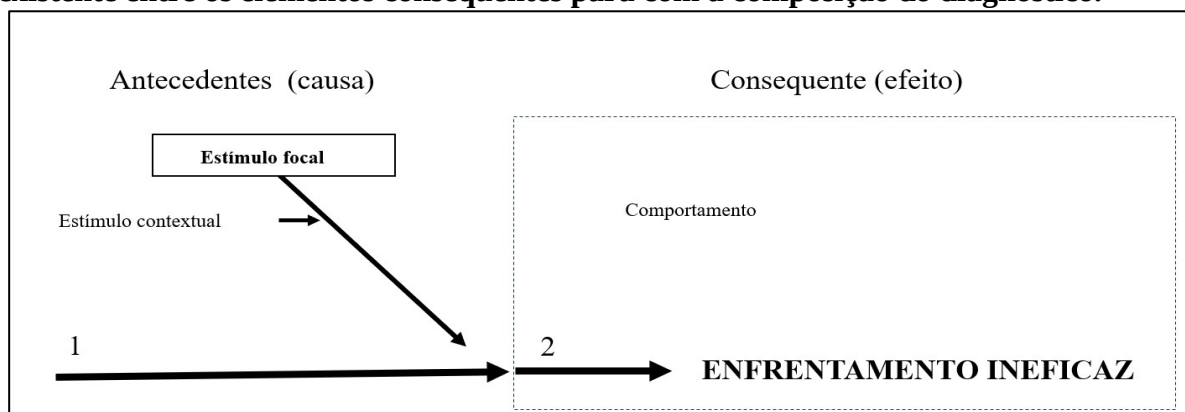
No diagrama de causa e efeito constitui-se de linhas e símbolos projetados para representar a relação entre “efeito” e todas as “causas” prováveis que tenha influência sobre ele. O efeito ou problema é apresentado no lado direito do diagrama, e as influências mais fortes das “causas” são colocadas à esquerda. Para todo “efeito”, ou problema, é provável que haja muitas causas importantes (Ishikawa, 1943).

Para TSE foi construído um diagrama de causa e efeito sobreposto (Figura 2), ou seja, foram utilizadas “duas espinhas de peixe”. A primeira tem as causas diz respeito a estímulos do Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica e a segunda o efeito diz respeito aos comportamentos a serem apresentados por elas. Os efeitos são representados à direita, ao final das duas setas contínuas horizontais (1 e 2). Assim sendo, o fenômeno de Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica se apresenta no diagrama quando da identificação de um conjunto de comportamentos, resultantes de estímulos/agentes (causas).

As causas primárias são representadas pelas setas maiores que incidem de forma oblíqua nas setas contínuas horizontais, as quais correspondem aos estímulos focais/agentes precipitantes, configurando os elementos antecedentes, estando estes em ordem de influência crescente, ou seja, os estímulos focais de maior influência encontram-se mais próximo à ponta da seta (diagnóstico). As setas contínuas que incidem nas setas menores dizem respeito aos estímulos contextuais considerados agentes predisponentes, reforçadores e incapacitantes estes agem diretamente sobre os agentes precipitantes.

Vale ressaltar que as setas contínuas horizontais 1 e 2 representam a mulher sobrevivente da violência doméstica. Na seta 1 a mulher não apresenta o Enfrentamento ineficaz, na seta 2 a mulher apresenta o Enfrentamento ineficaz. As setas inclinadas maiores que apontam para a seta 1 representa o estímulo focal e as setas menores estímulos contextuais.

Figura 2 - Interação dos elementos antecedentes para com o diagnóstico de Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica e a relação existente entre os elementos consequentes para com a composição do diagnóstico.



Fonte: Elaborada pela autora.

Os conceitos identificados na literatura e suas respectivas definições possibilitaram a construção do diagrama referente à Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica. Ademais, reuniões entre a pesquisadora e seu orientador, foram necessárias para a discussão dos achados e, assim, a definição da melhor arquitetura do esquema gráfico.

1.4.5 Construção das Proposições

Conforme Lopes e Silva (2016), os elementos precisam ser implementados à prática assistencial do profissional enfermeiro. As proposições devem estabelecer claramente a relação clínica perante os elementos antecedentes e consequentes do diagnóstico estudado – neste caso, o Enfrentamento ineficaz, e de que maneira que os indicadores clínicos (características definidoras pela NANDA-I) são visualizados enquanto consequências da resposta humana do diagnóstico presente.

Os autores mencionam que tal fase de interligação é necessária para a diferenciação dos diagnósticos de enfermagem que são compostos por indicadores clínicos semelhantes ou iguais, além de determinar a especificação profunda do diagnóstico Enfrentamento ineficaz para a população em específico (Lopes; Silva, 2016). A construção das proposições deve ocorrer de uma forma que os fatores etiológicos (fator relacionado) sejam colocados em primeiro lugar de acordo com a sua relação na ordem de elementos de antecedência da ocorrência do diagnóstico. É necessário que seja desenvolvido um processo hierárquico para as proposições mencionadas, iniciando pelos fatores primários (fatores biológicos ou

biopsicossociais), repassando para os secundários (fatores ambientais e constitucionais) e, posteriormente, os fatores terciários (fatores socioeconômicos) (Lopes; Silva, 2016).

1.4.6 Estabelecimento das Relações de Causa e Evidência para a Prática

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

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

1.5 TEORIA DE SITUAÇÃO ESPECÍFICA DO ENFRENTAMENTO INEFICAZ PARA MULHERES SOBREVIVENTES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

1.5.1 Conceitos chave do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz

Os elementos foram definidos de acordo com os conceitos classificados por Lopes e Silva (2016) como: antecedentes e consequentes definidos no tópico 1.4.3 e aqui iremos adotar o modelo de Roy e será usado o termo estímulos focais e contextuais para os antecedentes e comportamentos para os consequentes. Com isso, nesta fase foram classificados os conceitos que estão ligados a Enfrentamento ineficaz, enquanto parâmetro necessário para apresentação dos elementos antecedentes (fatores etiológicos ou fator relacionado na NANDA-I) e consequentes (indicadores clínicos ou característica definidora na NANDA-I) para a obtenção de uma resposta humana mal adaptada a violência sofrida.

A revisão de escopo propiciou a identificação de oito elementos antecedentes (fatores etiológicos) e doze elementos consequentes (indicadores clínicos). A versão atual da NANDA-I, apresenta nove fatores relacionados e somente um elemento (Suporte social inadequado) esteve presente como estímulo; e 20 características definidora onde apenas o elemento (Fadiga) esteve contemplado nesta versão como comportamento (Herdman; Kamitsura, 2021).

O DE é definido no MAR como um processo de julgamento que resulta em declarações que transmitem o status de adaptação do indivíduo ou grupo. Ao estabelecer DE dentro da estrutura fornecida pelo modelo, Roy sugere o desenvolvimento a partir de estímulos: focal, contextual (antecedentes) e de comportamentos (consequentes).

O conjunto de conceitos apresentados a seguir mostra as definições dos elementos elencados pela revisão de escopo, e os presentes a NANDA-I. Contudo, tal diagnóstico é visualizado na NANDA-I em um contexto geral para qualquer população, sem haver as devidas especificidades a cada situação vivenciada como a violência doméstica que pode influenciar diversos danos a curto e longo prazo, o que propicia para a inadequação dos elementos de Enfrentamento ineficaz ao público-alvo estudado. Neste sentido, o Enfrentamento ineficaz, torna-se um fenômeno ampliado ao contexto de mulheres que são sobreviventes à violência doméstica a àquilo que é proposto pela NANDA-I atualmente.

A partir disso, tem-se uma nova estrutura para o DE Enfrentamento ineficaz no contexto da violência doméstica a partir da TSE que culminou em oito elementos e nove elementos apresentados pela NANDA-I, totalizando 17 elementos, porém o suporte social

inadequado foi o único termo que teve semelhança ao termo apoio social inadequado usado pela NANDA – I e entre os dois optou-se por usar suporte social inadequado, por melhor se adequar a população e aos achados da revisão, já Estratégias ineficazes para alívio da tensão se assemelha ao Enfrentamento ineficaz e foi retirado; Falta de confiança na capacidade de lidar com uma situação é semelhante a Capacidade prejudicada de lidar com uma situação que é CD na NANDA-I desse mesmo DE e foi excluído desse estudo e por fim, a Sensação inadequada de controle equivale é semelhante a Relata sensação inadequada de controle que é CD desse DE na NANDA-I e também foi retirado. Por fim, como antecedentes que são os fatores causais, totalizaram 13 (Quadro 1).

Os elementos antecedentes estão organizados nos estímulos: focais, contextuais. Foram identificados quatro antecedentes relacionados com estímulos focais, nove referentes aos estímulos contextuais.

Quadro 1 - Elementos antecedentes (estímulos) elencados na TSE para o Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica.

FATOR RELACIONADO NANDA-I	ANTECEDENTES DA TSE	ESTÍMULOS FOCAIS	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS
Alto grau de ameaça			Alto grau de ameaça
Apoio social inadequado	Suporte social inadequado		Suporte social inadequado
Avaliação imprecisa de ameaças		Avaliação imprecisa de ameaças	
Estratégias ineficazes para alívio de tensão			
Falta de confiança na capacidade de lidar com uma situação			
Incapacidade de conservar energias adaptativas		Incapacidade de conservar energias adaptativas	
Preparação para estressor inadequada			Preparação para estressor inadequada
Recursos de saúde inadequados			Recursos de saúde inadequados
Sensação inadequada de controle			
	Baixa autoestima crônica		Baixa autoestima crônica
	Baixa escolaridade		Baixa escolaridade
	Baixo nível de renda		Baixo nível de renda
	Crise situacional	Crise situacional	
	Espiritualidade		Espiritualidade

	prejudicada		prejudicada
	Isolamento social	Isolamento social	
	Suporte profissional inadequado		Suporte profissional inadequado

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto aos elementos consequentes, foram encontrados na TSE nove elementos e 20 da NANDA-I, os quais estão relacionados como indicadores comportamentais do Enfrentamento ineficaz. Essa nova composição tem nove elementos da revisão e 14 elementos da NANDA-I, onde a Fadiga esteve e também na NANDA-I, Abuso de substâncias se assemelha ao Uso de substância psicoativa, Doença frequente foi excluído por ser um termo geral, Comportamento destrutivo em relação a si mesmo equivale a comportamento autolesivo/ uso de substâncias psicoativas/uso problemático de álcool, o termo Capacidade prejudicada de seguir informações se assemelha a Dificuldades para organizar informações e Resolução inadequada de problemas é equivalente a Habilidades de solução de problemas inadequada, ao final totalizou 23 conforme o (Quadro 2).

Quadro 2 - Elementos consequentes (comportamentos) elencados na TSE para o Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA NANDA-I	CONSEQUENTES DA TSE	COMPORTAMENTOS
Acompanhamento inadequado com comportamento direcionado aos objetivos		Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta
Atenção alterada		Atenção alterada
Capacidade de resposta afetiva alterada		Responsividade afetiva alterada
Comportamento de risco		Comportamento de assumir riscos
Comportamento destrutivo frente a si mesmo	Comportamento autolesivo	Comportamento autolesivo
Comportamento destrutivo frente aos outros		Comportamento destrutivo em relação aos outros
Dificuldade para organizar informações e Habilidade prejudicada em atender por informações		Capacidade prejudicada de seguir informações
Doença frequente		
Fadiga	Fadiga	Fadiga
Habilidade prejudicada em lidar com uma situação		

Habilidade prejudicada em pedir ajuda		Capacidade prejudicada de pedir ajuda
Habilidade prejudicada para atender à expectativa do papel		Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel
Habilidade prejudicada para atender às necessidades básicas		Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas
Habilidades inadequadas de resolução de problemas e Resolução inadequada de problemas		Resolução inadequada de problemas
Padrão de comunicação alterado		Padrão de comunicação alterado
Relata o ciclo sono-vigília alterado		Relata o ciclo sono-vigília alterado
Relata senso inadequado do controle		Relata sensação inadequada de controle
Uso indevido de substâncias	Uso de substâncias psicoativas	Uso de substâncias psicoativas
	Uso problemático de álcool	Uso problemático de álcool
	Baixa tolerância as frustrações	Baixa tolerância as frustrações
	Sintomas depressivos	Sintomas depressivos
	Sobrecarga de estresse	Sobrecarga de estresse
	Ansiedade	Ansiedade
	Déficit nas habilidades sociais	Déficit nas habilidades sociais
	Insônia	Insônia

Fonte: Elaborado pela autora.

A seguir será apresentada as definições conceituais seguida pelas definições operacionais para o DE Enfrentamento ineficaz pela TSE.

1.5.1.1 Elementos antecedentes (estímulos focais) elencados na TSE para o DE Enfrentamento Ineficaz

Avaliação imprecisa de ameaças

Refere a mulher não reconhecer as atitudes de ameaças sofrida. Dificuldade que algumas mulheres possuem em reconhecer o comportamento violento nas suas relações conjugais (Zancan; Wassermann; Lima, 2013; Zancan *et al.*, 2019; Medtler; Cúnico, 2022). Esse fator será considerado presente a partir do relato da mulher por meio de pergunta direta pelo profissional enfermeiro sobre as ameaças sofridas. Você se sente ameaçada? Como você

avalia as ameaças sofridas? Em caso de respostas de respostas afirmativas, o fator não estaria presente.

Crise situacional

Define-se como uma situação de desequilíbrio emocional, do qual o indivíduo se vê incapaz de sair daquela condição, com os recursos de acareamento que habitualmente costumam ser usados em situações que a afetam emocionalmente (Parada, 2004). Essa desorganização emocional se caracteriza principalmente por uma falência nas estratégias prévias de enfrentamento. Ao vivenciar uma crise, uma experiência normal de vida, que reflete tentativas do indivíduo de buscar um equilíbrio entre si mesmo e ao seu redor. Quando tem a perda de controle da situação e ocorre desequilíbrio da situação, está instaurada a crise, que é uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio. Essas mudanças de controle, provocada por uma falha, gera dificuldades na solução dos problemas, causa sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, entre outros comprometimentos à vida dessa mulher (Wainrib; Bloch, 2001).

Vale ressaltar que esse ponto de desequilíbrio pode ser marcado por uma crise, desencadeada por alguma exposição específica e sua resolução final depende de fatores como a gravidade do evento e dos recursos pessoais e sociais da pessoa afetada ou pode perdurar por muito tempo na vida mulher (Sá; Werlang; Paranhos, 2008). Pode ser avaliada por meio da exposição de algumas manifestações de uma crise situacional: tem sentimentos intensos, como tristeza, desesperança, raiva, ansiedade e pânico? Confusão desorganização? Dificuldade para estabelecer prioridades? Preocupações com coisas que não podem ser resolvidas imediatamente? Ou outras, relate? Em caso de mais de uma resposta afirmativa é considerada presente.

Incapacidade de conservar energias adaptativas

Define-se por não conseguir manter o fluxo vital de energia humana que costuma ser um todo contínuo único, dinâmico, criativo e não linear (Herdman; Kamitsuru, 2021). Este fator será avaliado por meio de perguntas diretas realizadas às participantes do estudo pelo profissional enfermeiro: se acorda frequentemente indisposta, sente-se frequentemente cansada, não tem disposição para fazer as atividades de vida diária? Em mais de uma resposta afirmativa, será considerado presente.

Isolamento social

Define-se por uma condição na qual as mulheres sobreviventes da violência doméstica experimentam cada vez menos envolvimento social do que o estimam ter com diversas pessoas. Estudos na saúde indicam que isso está relacionado diretamente como causa do enfrentamento ineficaz, uma vez interfere também diretamente na qualidade de vida das mulheres. Sendo pertinente destacar que isso implica na separação, isolamento de indivíduos, ocasionando ausência ou poucas interações sociais no dia a dia (Cudjoe et al., 2020).

Este fenômeno, embora possa ser experimentado em qualquer fase da vida, é mais prevalente entre alguns grupos em específico como por exemplo no de mulheres sobreviventes da violência doméstica. A vivência do isolamento pode ocorrer conjuntamente com a sensação subjetiva de solidão ou mesmo pode gerá-la como consequência (Holt-Lunstad *et al.*, 2015; Suen; Gendron; Gough, 2017). Esta realidade tem demonstrado ser um problema multifacetado. Há estudo que afirma que ela está associada ao aumento de complicações em diversas condições de saúde (Bezerra; Nunes; Moura, 2021).

Para avaliação das redes sociais na investigação e prática do enfermeiro, requer o uso de instrumentos válidos e eficazes que sejam simples, concisos e de fácil aplicação na população. A Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS) (ANEXO A) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a integração social e o risco de isolamento social. Foi originalmente desenvolvida no fim dos anos 80 por Lubben (1988) e é constituída por 10 itens que avaliam o nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinhos. Traduzida e validada para o português o LSNS-6, os resultados obtidos apontam para a existência de qualidades psicométricas consideradas adequadas, concluindo-se que o LSNS-6 tem elevado potencial enquanto instrumento ao providenciar informação útil acerca das redes familiares e de amizade. Trata-se de uma escala que tem sido amplamente utilizada para avaliação do apoio social em diversos domínios da saúde, identificando situações de risco. Essa versão foi reduzida a 6 itens, o participante irá marcar um “x” no número correspondente. A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”). Os autores originais da escala determinaram como ponto de corte o valor 12, sendo que abaixo deste valor se considera existir isolamento social (Lubben et al., 2006; Villas Boas *et al.* 2018).

1.5.1.2 Elementos antecedentes (estímulos contextuais) elencados na TSE para o DE Enfrentamento Ineficaz

Alto grau de ameaça

Refere-se a ao reconhecimento da mulher em relação as ameaças recebidas, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave. Causar dano emocional à mulher que a prejudique e perturbe seu pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou a controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação (Nucci, 2014). Esse fator será avaliado por meio de pergunta direta pelo profissional enfermeiro sobras ameaças sofridas. Você vem sofrendo ameaças? Fale sobre? em caso de resposta afirmativa sobre se sentir muito ameaçada, será considerado presente.

Baixa autoestima crônica

Esse conceito é descrito como diagnóstico de enfermagem dentro da classificação NANDA-I, pois alguns diagnósticos são colocados como fatores relacionados de outros diagnósticos. Pertence ao domínio 6 (Autopercepção) e classe 2 (Autoestima) e tem como definição percepção negativa de longa data de autoestima, autoaceitação, respeito próprio, competência e atitude em relação a si mesmo (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

Conforme Rosenberg (1965), a autoestima define-se como mudança de percepção positiva para negativa de autoestima, autoaceitação, autorrespeito, competência e atitude em relação a si mesmo em resposta a uma corrente situação. Entende-se como um conjunto de sentimentos e pensamentos da pessoa quanto ao seu próprio valor, competência e capacidade em enfrentar os desafios, que deve repercutir em uma atitude positiva ou negativa (Baixa autoestima) em relação a si mesmo.

Para melhor mensuração, a Escala de Autoestima de Rosenberg foi utilizada com a versão para o português, validado e traduzido por Dini (2001) com boa validade de reprodutibilidade ($p < 0,5$). A escala consiste em 10 itens com pontuação que variam de 0 a 3 (0=concordo plenamente; 1= concordo; 2= discordo; e 3= discordo plenamente) (ANEXO B). As dez questões que compõem o instrumento são divididas em duas categorias, que consistem em cinco relativas a uma visão positiva de si mesmo e cinco relativas a uma visão negativa, onde a soma dos pontos é feita inversamente. Ao final, somando o valor de cada classificação, pode-se chegar ao escore máximo de 30 pontos, que significaria uma autoestima muito baixa. Ou seja, quanto menor for o valor da pontuação do indivíduo, maior será a sua autoestima. Ou seja, valores abaixo de 15 pontos para as afirmativas, será considerado presente.

Baixa escolaridade

Consiste em uma variável explicativa, agregada a paralisação e ou distanciamento do nível de escolaridade de um indivíduo. Depende da frequência de anos de estudo escolar e representa um feedback do desempenho escolar. Através da escolarização, o indivíduo insere-se no cotidiano social apreendido em função dos pertencimentos sociais e das ideologias associadas a ela, este contexto, em específico para mulheres sobreviventes da violência doméstica (Beltramelli Neto; Adão, 2017; Rosso *et al.*, 2019). Esta condição pode ser avaliada por meio de perguntas diretas realizadas às participantes do estudo pelo profissional enfermeiro, com a seguinte pergunta: quantos anos estudou?

Baixo nível de renda

Consiste em uma variável do ponto de vista mais operacional, o baixo nível de renda é tomado como um construtivo teórico, ou seja, cuja medida é feita pela agregação de informações sobre: a educação, a ocupação, rendimento das mulheres sobreviventes a violência doméstica. O nível de renda aparece em inúmeros estudos como variável explicativa ou de controle para a análise de diversos fenômenos sociais (Buchmann, 2002; Sirin, 2005; Alves). Essa condição pode ser mensurada por perguntas realizadas pelo enfermeiro sobre o valor da renda mensal per capita, considerando todos os rendimentos do domicílio.

Espiritualidade prejudicada

Em geral, a espiritualidade, refere-se à maneira como as pessoas buscam e demonstram significado e a maneira como eles expressão a conexão com o que é sagrado, o transcendente. A espiritualidade pode ou não estar associada a uma determinada religião que em contrapartida é mais formalizada e limitada àquelas crenças específicas, práticas e rituais relacionados ao divino (Lucchett, 2012).

Sendo assim, hoje a espiritualidade vem sendo cada vez mais estudada no meio acadêmico. A Associação Americana de Faculdades Médicas (AAMC), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (JCAHO) também reconhecem a importância e recomendam a abordagem das questões espirituais no atendimento em saúde. É, portanto, pertinente abordar as mulheres sobreviventes de violência doméstica, para que possam enfrentar eficazmente esta situação, isso porque estudos mostram associação entre saúde física e mental e crenças espirituais e religiosas, adesão ao tratamento, tomada de decisões, questões éticas e morais, e até mesmo de sobrevivência (Bastos; Santos; Yarid, 2022).

Para avaliar será aplicada a Escala de Bem-estar Espiritual (ABE) (ANEXO C) que tem como objetivo avaliar o bem-estar espiritual geral e foi desenvolvida por Poulotizan e Ellison, em 1982, e adaptada para população brasileira por Marques et al. (2009). É constituída de 20 itens, dos quais 10 avaliam o bem-estar religioso (BER), e os demais, o bem-estar existencial (BEE). Cada um dos 20 itens é respondido em uma escala de seis pontos, a qual varia de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”. Os escores das duas subescalas são somados para obtenção da medida geral de EBE. Paloutzian e Ellison sugerem como pontos de corte para o escore geral da Escala de Bem-estar espiritual os intervalos de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120, para baixo, moderado e alto, respectivamente. A pontuação de 20 a 40 será considerada presente.

Preparação para estressor inadequada

Define-se o como uma falta de preparo para reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas, que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte (Malagris, 2006).

Para mensurar o enfermeiro irá aplicar o INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL) (ANEXO D), fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. Sua aplicação leva aproximadamente 10 minutos e pode ser realizada individualmente ou em grupos de até 20 pessoas. Não é necessário ser alfabetizado, pois os itens podem ser lidos para a pessoa. O Instrumento é formado por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês. Alguns dos sintomas que aparecem no quadro 1 voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. No total, o ISSL apresenta 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade. A fase 3 (quase-exaustão) é diagnosticada na base da frequência dos itens assinalados na fase de resistência (Lipp, 2000). A partir de 5 itens marcados o estresse vai ser considerado presente.

Recursos de saúde inadequados

Refere-se a insuficiência de recursos de saúde para a resolubilidade do problema da violência doméstica, o que envolve barreiras e dificuldades a nível de recursos materiais e humanos no atendimento a mulher (Sousa; Silva, 2019). Esse fator pode ser identificado pela seguinte pergunta: como foi o atendimento no serviço de saúde? e de acordo com o relato da mulher será considerado presente caso os serviços de saúde não tenham sido ofertados.

Suporte profissional inadequado

Define-se principalmente pelas dificuldades dos profissionais, apontada pela literatura, em alguns procedimentos específicos, como a notificação dos casos ao sistema legal. Além disso, tem-se notado que nem sempre a família aceita uma interferência na dinâmica familiar, que é fundamental na assistência aos casos de violência doméstica. Assim, deve haver habilidade no manejo dessas situações, colocando o serviço de saúde como aliado na saúde da vítima (Souza; Rezende, 2018; Santos; Bevilacqua; Melo, 2020).

Diante disso, a equipe multiprofissional vivencia muitos desafios, principalmente com ralação ao atendimento, que além de estarem sensibilizados e capacitados para identificar, notificar, tratar e encaminhar e dessa forma, possibilitar um atendimento integral e de qualidade. Para além disso, faz-se necessário evitar as formas traumáticas de atendimento a essas mulheres, pois a partir do momento que há uma falha esse atendimento pode ser inadequado e acaba sendo algo negativo para as mulheres (Vilela, 2009; Santos; Bevilacqua; Melo, 2020).

Este suporte pode ser avaliado por meio de perguntas diretas realizadas às participantes do estudo pelo profissional enfermeiro, com a seguinte indagação: como foram os atendimentos dos profissionais enquanto você percorria pelos serviços de atendimento da rede?

Suporte social inadequado

Constitui-se de um conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que estão interligadas por algum tipo de ligação seja de relações interpessoais e ou sociais, sendo que, a partir dessas conexões, a pessoa pode receber ajuda emocional, material, de serviços e informações. As redes sociais podem ser de natureza primária ou secundária e se diferenciam pelos tipos de interrelação que ocorrem entre os indivíduos, sendo esses de reciprocidade, direito, dinheiro, ou uma combinação dos mesmos (Sanicola, 2008; Santi; Nakano; Lettiere, 2010; Rocha; Galeli; Antoni, 2019).

Além disso, Dutra *et al.* (2013) abordam a importância de compreender a natureza dos vínculos estabelecidos, bem como as trocas que ocorrem entre os integrantes de determinada rede de apoio social. A rede social insuficiente é um sistema na qual ocorrem falhas em planos micro e macrosociais, ações, relações e intervenções, tanto do indivíduo em direção à sua rede, quanto da rede em direção à pessoa em foco (Vieira *et al.*, 2015; França *et al.*, 2018).

Para avaliar o fator quanto à inadequação do suporte social das mulheres sobreviventes da violência doméstica, foi utilizado o questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), validado para a versão portuguesa, com boa avaliação da consistência interna pelo alpha de Cronbach (0,873 e 0,967); e a confiabilidade teste-reteste com 0,862 para o teste e 0,972 para o reteste. A análise fatorial foi realizada para a validação em si do instrumento, com o teste de Bartlett indicando variância significativa perante os quatro fatores componentes do instrumento (apoio emocional, material, afetivo e interação social positiva). O questionário foi traduzido por dois profissionais da saúde bilíngues em inglês e português. Consiste em 20 itens com escala Likert com uma pontuação de 1 a 5, sendo: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Quase Sempre; e 5- Sempre. Quanto menor o score obtido pela participante, o suporte social inadequado será considerado como presente (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018). O questionário MOS-SSS segue presente no (ANEXO E) para maiores detalhes. O ponto de corte adotado será pontuação abaixo de 40 pontos, o fator estará presente.

1.5.1.3 Elementos consequentes (comportamentos) elencados na TSE para o DE Enfrentamento Ineficaz.

Ansiedade (00146)

Este diagnóstico faz parte da NANDA-I, pertence ao domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse) e classe 2 (Respostas de enfrentamento). Tal diagnóstico é definido como uma resposta emocional a uma ameaça difusa em que o indivíduo antecipa perigo iminente não específico, catástrofe ou infortúnio.

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

Para mensuração do diagnóstico será utilizado a Escala de Ansiedade de Hamilton (1967) (HAM-A), sendo composto por 14 itens, sete deles como sintomas de humor ansioso e

os outros sete como sintomas físicos de ansiedade. Cada item é avaliado por uma escala *Likert* que varia de 0, 2, 3 e 4, identificados como: 0 – ausente; 2 – leve; 3 – média; e 4 – máxima. A soma dos escores de cada item resultará em uma pontuação de 0 a 56 (ANEXO F). Para este estudo será considerado 0 – ausente e os demais níveis como diagnóstico presente.

Atenção alterada

Define-se como desenvolvimento alterado da mente que processa e seleciona os estímulos originados na memória e de outros processos cognitivos. Com isso, se processa ativamente uma quantidade limitada de informações dentre a grande quantidade de informações provenientes dos sentidos, memórias e processos cognitivos, possibilitando, desse modo, o uso criterioso dos recursos mentais limitados (Castro; Rueda; Sisto, 2010). Para mensurar será feito perguntas diretas a mulher: Você tem dificuldade de se concentrar em alguma atividade? Tem dificuldade de desempenhar suas funções diárias porque não consegue se concentrar? Perde a concentração com facilidade (Por exemplo, quando você está conversando você perde a linha de raciocínio facilmente)? Em caso afirmativo para as indagações o esse fator seria considerado presente.

Baixa tolerância as frustrações

Define-se como a ausência ou baixo nível de capacidade de suportar aquele conjunto de eventos ou circunstâncias que podem nos frustrar, como um sentimento, uma emoção que ocorre quando algo que era esperado não aconteceu. É uma sensação de incapacidade diante de desgostos sofridos, diante de obstáculos difíceis de ultrapassar e que impedem a pessoa de chegar aonde se deseja. Sendo assim, há um desequilíbrio entre aquilo que se planejou alcançar e o que realmente aconteceu, ocorre a baixa tolerância às frustrações, quando se identifica um erro ou discrepância. Vale ressaltar que isso ganha lugar quando existem expectativas, e quanto maior elas se mostrarem, maior será a frustração. Quando a expectativa é frustrada pode, muitas vezes, despertar uma vasta desmotivação, principalmente em mulheres sobreviventes da violência doméstica (Rossi; Camargos, 2020).

Para a intolerância à frustração e poder mensurá-la, Harrington (2005) desenvolveu a Frustration Discomfort Scale (FDS). A FDS foi traduzida para turco (Ozer et al., 2012), francês (Chamayou et al., 2016) e italiano (Tripaldi et al., 2018). Em sua versão original, a FDS possui 28 itens e apresentou bons índices psicométricos (Harrington, 2005). No instrumento original, os itens são divididos em quatro subescalas com sete itens cada, as quais são caracterizadas a seguir: Intolerância emocional: refere-se a crença de que o sofrimento

emocional é insuportável e deve ser rapidamente aliviado ou evitado, também está relacionada com crenças de incerteza, controle e aversão à emoção. Direito: remete às crenças de que os desejos de uma pessoa devem ser atendidos e não frustrados, portanto, fazem parte deste fator itens sobre demandas por justiça e gratificação imediata. Intolerância ao desconforto: aborda crenças a respeito de exigências de que a vida deve ser livre de aborrecimentos, esforço e inconveniência e Realização: o último fator reflete as demandas por padrões elevados, como o medo de fracassar e a crença de que tem que ser perfeito.

Na escala foi feita a Tradução, Adaptação, Evidências de validade de construto e Normas da Frustration Discomfort Scale (FDS) para uso no Brasil por Miranda (2021). A consistência interna da versão brasileira da FDS demonstrou-se excelente, com um Alpha, estrutura fatorial da FDS foi explorada por meio de uma Análise de Componentes Principais (ACP) com rotação Varimax e solução com número de componentes fixo em quatro (correspondente à estrutura fatorial do instrumento original). O índice de adequação da amostra KMO foi muito bom, de 0.924 para a escala total e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo, resultando num qui-quadrado de 3698 ($p < 0.001$), o que indica ser apropriada a ACP para os dados. Cronbach de 0.937. A versão brasileira da FDS (Harrington, 2005a), traduzida e adaptada conforme os procedimentos possui 28 itens, respondidos em escalas de 0 a 4, sendo: 0 ausente, 1 levemente, 2 moderadamente, 3 fortemente, 4 muito fortemente. O diagnóstico será presente a partir de moderadamente (ANEXO J).

Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel

Define-se pela incapacidade da mulher de exercer o seu papel social, como mulher, no contexto familiar, não ao papel imposto, mas ao que ela almejava para a vida dela (Esteves; Galvan, 2006; Lindner *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2021). Será avaliado por pergunta direta à sobre como ele se sente em relação ao papel de ser mulher?

Capacidade prejudicada de pedir ajuda

Define-se pela incapacidade da mulher em pedir ajuda, tanto pelo medo, estigma, vergonha. O estigma que elas internalizam como mulheres vulneráveis e dependentes, cruzado pelo sentimento de culpa e de vergonha de expor sua intimidade, isso acarreta, a maioria das vezes sérias consequências à saúde mental, ocasionando sofrimento psíquico devido à desvalorização e à baixa autoestima vividas na relação conjugal conflituosa a que se submeteram (Moreira; Boris; Venancio, 2011). O fator será investigado e considerado presente

mediante relato da mulher ao profissional enfermeiro, através de perguntas: você consegue pedir ajuda a família, amigos, rede de apoio, serviços de saúde?

Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas

Define-se pela capacidade prejudicada em virtude da violência doméstica de satisfazer as necessidades básicas com isso gera uma fonte de desequilíbrio das necessidades humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e espirituais (Lima *et al.*, 2015). Realizar perguntas diretas a mulher para identificar a satisfação em relação as suas necessidades as atividades básicas de vida diária?

Capacidade prejudicada de seguir informações

Refere-se ao comprometimento cognitivo da mulher onde há perda na capacidade de receber, organizar e seguir as informações (Castro; Rueda; Sisto, 2010). Será avaliado através das seguintes perguntas: Você consegue seguir informações que é repassada a você? Você tem dificuldade de compreender essa informação? Você tem dificuldade em compreender o que está sendo dito por outra pessoa? Em caso afirmativo para as indagações, será considerado presente.

Comportamento autolesivo

Definido como uma série de atos que produzem dano físico ao próprio indivíduo. Esses comportamentos podem se manifestar de forma pontual por algum evento ou de forma crônica e causar riscos graves. Além do mais, podem apresentar níveis repetitivos que variam em intensidade, grau de lesão e rompimento com o ambiente social (Ceppi; Benvenuti, 2011).

No que se refere à magnitude e prevalência, estudos apontam que a autolesão é mais presente em adolescentes e mulheres jovens. Manifesta-se através de diversos fatores, de caráter biológico, psicológico e social, refletindo assim, a complexidade desse comportamento (Arcoverde; Soares, 2012). Cavalcante (2015) aponta que tais atitudes são feitas como meio de aliviar dores de cunho emocional, na qual não sabe lidar, podem ter a intenção de aliviar o sentimento de culpa sacrificando uma parte do corpo. (Caldas *et al.*, 2009).

Estudos referem o ato de se lesionar intencionalmente à função de busca de equilíbrio psicológico frente aos sentimentos, desse modo, é através da autolesão que o indivíduo reage às demandas internas e, especialmente, sociais (Arcoverde; Soares, 2012). Este comportamento pode ser avaliado por meio da anamnese, no momento exame físico, através da

observação direta da lesão ou da cicatriz e pode ser feita perguntas a participante do estudo pelo profissional enfermeiro.

Comportamento de assumir riscos

Define-se como uma forma de agir, sabendo que é possível falhar e aceitar a falha como processo, significa aceitar as consequências do seu desconforto emocional (Moreira; Boris; Venancio, 2011). Será avaliado através da seguinte pergunta: Você reconhece que, diante dos fatos, você está tendo um comportamento arriscado? Em caso afirmativo, será considerado presente.

Comportamento destrutivo em relação aos outros

Define-se como qualquer comportamento inapropriado, confronto ou conflito – variando desde o abuso verbal (comportamentos abusivos, intimidantes, desrespeitosos, ameaçadores) e/ou abuso físico que pode impactar negativamente nas relações com os outros (Oliveira *et al.*, 2016). Será avaliado através das seguintes perguntas: Após o início da violência você já teve algum comportamento para prejudicar alguém? Após o início da violência você está mais agressiva com as outras pessoas? Após o início da violência você já agrediu alguém de forma física, psicológica/verbal, sexual, patrimonial e/ou moral? Em caso afirmativo para os questionamentos será considerado presente.

Déficit nas habilidades sociais

Define-se como a dificuldade de interagir e relacionar-se efetivamente com outras pessoas, em situações da vida cotidiana e isso pode levar a fazer com que uma série de estratégias de enfrentamento disfuncionais se desenvolvam, contribuindo assim, para déficits nas habilidades sociais. Entre essas, pode-se citar longos períodos de isolamento, desuso das habilidades e práticas educativas parentais excessivamente coercitivas entre outros (Magalhães; Murta, 2003).

Sendo assim, isso pode interferir diretamente na qualidade das relações interpessoais das mulheres sobreviventes da violência doméstica, principalmente se associadas a características como timidez, isolamento social, insegurança e desconforto em ocasiões em que se faz-se necessário comunica-se com os demais. Somando-se a isso, esses déficits podem associar-se a transtornos psicológicos e psicossociais, como é o caso do Transtorno de Fobia Social, dificultando a relação desses indivíduos com os demais (Gouveia *et al.*, 2009). Será avaliado pela escala de habilidade sociais ANEXO H. As propriedades psicométricas da escala

de foram avaliadas pela correlação média entre itens e pelo índice alfa de Cronbach de confiabilidade interna. A consistência interna de todo o conjunto de 23 itens foi $\alpha = 0,84$. A Escala de 23 itens será respondida atribuindo uma pontuação que varia de 0 a 4 para cada item, ao final uma pontuação abaixo de 20 pontos será considerado o diagnóstico presente (Freita, 2016).

Fadiga

O diagnóstico de fadiga está presente à NANDA-I pelo domínio 4 (Atividade/Descanso) e a classe 3 (Balanço energético), conceituado como sendo uma “sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual” (Herdman; Kamitsuru, pág. 419, 2018). Para outros autores, este diagnóstico tem como definição, a apresentação de sonolência, cansaço e/ou irritabilidade, após um determinado período de atividade mental ou corporal.

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

Insônia

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

Uma avaliação objetiva para mensuração da insônia será realizada por meio do Instrumento de Triagem para Distúrbios de Sono, disponibilizado pelo DSM-V (ANEXO J) (APA, 2014). De modo que “nada” será considerado como ausência e os demais “muito leves”, “leves”, “moderados” e “graves” como presença de insônia.

Conforme os critérios estabelecidos pela DSM-V, as mulheres que tenham pontuado os itens leve, moderado ou grave, devem ser consideradas como positivas para o rastreamento do distúrbio do sono e deverá ser aplicada uma escala que avalia especificamente o grau de severidade da insônia. A *Patient Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) de Cella et al (2005) foi traduzida e adaptada culturalmente para o português, com

tradução inicial realizada por dois profissionais bilíngues; uma etapa de reconciliação feita por um profissional bilíngue com o objetivo de resolver discrepâncias relacionadas às definições dos itens; retro tradução, sendo uma versão reconciliada para a língua original, o inglês; a comparação entre a retro tradução e a escala original, tendo sido a versão retro traduzida encaminhada aos administradores da PROMIS a fim de identificarem traduções inapropriadas e ambíguas; a passagem por revisores independentes da versão retro traduzida; e o reenvio do relatório para os administradores do PROMIS para a aprovação da versão traduzida e criação da versão pré-teste.

A escala consiste em 27 itens sobre os distúrbios do sono com respostas do tipo escala *Likert*, com interpretação da soma dos resultados da seguinte forma: até 24 pontos será considerado como “não significativo”; 25 a 29 pontos será definido enquanto “insônia leve”; 30 a 37 pontos como “insônia moderada”; e acima dos 38 pontos como “insônia grave”. A partir da “insônia leve” para um grau de insônia, será definida a presença do diagnóstico (ANEXO J).

Padrão de comunicação alterado

Define-se como qualquer dificuldade, atraso ou alteração no desenvolvimento de habilidades comunicativa devido ao contexto da violência (Moreira; Boris; Venancio, 2011). Será avaliado através das seguintes perguntas: Após sofrer violência você mudou seu padrão de comunicação? Tem dificuldade de expressar verbalmente seus pensamentos? Tem dificuldade de olhar nos olhos da pessoa da pessoa quando está conversando ou quando anda na rua? Você tem dificuldade em compreender o que está sendo dito por outra pessoa? Em caso afirmativo para as perguntas será considerado presente.

Relata o ciclo de sono-vigília alterado

Caracteriza-se por dormir e acordar tardios, na maioria das noites. A mulher tem dificuldade para iniciar o sono e prefere acordar mais tarde, o seu ritmo circadiano é atrasado, de forma crônica e persistente, provocando transtorno à vida social da mulher (Moreira *et al.*, 2017). Será avaliado pelo enfermeiro pela escala PROMIS (ANEXO J).

Relata sensação inadequada de controle

Define-se pela dificuldade para se organizar, não sabendo “por onde começar” e tampouco como irá terminar o seu dia. Sensação de achar que vai enlouquecer (Oliveira *et al.*, 2021). Esse comportamento será mensurado por perguntas direta a mulher sobre como ela se

sente em relação a ter controle: você perde o controle facilmente? Em caso afirmativo, será considerado presente.

Resolução inadequada de problemas

Define-se pela falta de habilidade como um processo de aprendizagem, pois a resolução de problemas requer mudança na capacidade da mulher, uma vez que, para solucionar uma situação problemática, muitas vezes, se faz necessário o uso da criatividade e da imaginação como estratégias cognitivas na criação e descoberta de soluções eficazes (Ghandour; Costa; Batistoni, 2014). Será avaliado pelo profissional enfermeiro com perguntas abertas a mulher para que ela relate sobre como resolve seus problemas. A partir de apontamentos e relato de resolução negativo, esse fator será considerado presente.

Responsividade afetiva alterada

Refere -se a relacionamentos a partir do egoísmo e imaturidade emocional. Esquecem-se da reciprocidade e do cuidado mútuo e tendem a agir de acordo com seus desejos e necessidades momentânea, ou seja, habilidade da família em responder as experiências afetivas com sentimentos inapropriados (Pires *et al.*, 2016).

Será avaliado pela escala Funcionamento Geral da Família (FGF) (ANEXO K) inclui 12 perguntas: é difícil planejar atividades familiares porque há desentendimentos; em tempos de crise, podem buscar ajuda uns nos outros; não podem conversar na família sobre a tristeza que sentem; cada pessoa é aceita pelo que é; evitam discutir medos ou preocupações; mostram sentimentos uns pelos outros; existem sentimentos ruins na família; sentem-se aceitos pelo que são; têm dificuldade em tomar decisões em família; são capazes de tomar decisões; não se dão bem juntos; confiam uns nos outros. As opções de respostas oscilam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente” (1-5 pontos), com somatório de pontos acima de 30 pontos será considerado presente.

Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta

Refere-se a dificuldade de estabelecer e seguir metas que em geral elas fazem parte de um objetivo maior, mas são mais precisas e podem estar relacionadas a qualquer coisa na vida da mulher (Moreira; Boris; Venancio, 2011). Será avaliado a partir de pergunta direta a mulher: você consegue estabelecer e seguir metas? Em caso de resposta afirmativa não será considerado como fator presente.

Sintomas depressivos

Considerada umas das alterações afetivas mais estudadas e faladas na atualidade. Define-se como um transtorno de humor, leva os sujeitos a atitudes que modificam a percepção de si mesmos. Conhecida pelo indivíduo apresenta-se com apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia) (Esteves; Galvan, 2006; Olveira *et al.*, 2021).

Durante o atendimento o enfermeiro pode ter diagnóstico pela presença dos sintomas, por um bom conhecimento teórico e por relato do paciente e ou familiar. Porém, sua dinâmica, suas origens, suas relações e suas concepções ainda podem levantar questionamentos e levar a interpretações equivocadas prejudicando um possível tratamento.

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

Essa escala vem sendo adotada como “padrão-ouro” para a validação de outros instrumentos quanto à avaliação de quadros de depressão. A escala foi validada para a versão no português por meio do estudo de Freire *et al.* (2014), com validação por dois estudos, o primeiro visando determinar a sensibilidade e especificidade da escala em um grupo clínico de 1.560 jovens; e o segundo estudo com a validação de conteúdo com cinco especialistas da saúde (três psiquiatras e dois psicólogos). (Freire *et al.*, 2014).

A Análise dos Componentes Principais foi adotada para verificar a unidimensionalidade da escala, identificando-se um fator geral para os 16 itens, explicando 19,63% da variância dos resultados. As cargas fatoriais dos itens variaram entre 0,32 (Ansiedade psíquica) e 0,78 (Insônia tardia), o que sugere uma boa avaliação dos 16 itens à depressão geral. A escala foi denominada com cinco fatores: Humor deprimido (F1), Anorexia (F2), Insônia (F3), Somatização (F4) e Ansiedade (F5). Pela validação com os cinco juízes, quanto à análise referente à pertinência da representatividade dos itens ao constructo da depressão, todos os itens foram considerados adequados por 80% ou mais dos juízes (Freire *et al.*, 2014).

A escala não apresenta pontes de corte específicos segundo a literatura, todavia, a prática clínica afirma que, escores acima dos 25 pontos devem ser visualizados como

característicos de pacientes gravemente deprimidos; os escores entre 18 e 24 pontos como paciente moderadamente deprimidos; e os escores entre 7 e 17 pontos são considerados paciente com quadro de depressão leve (Moreno; Moreno, 1998; Freire; *et al.*, 2014). Para este estudo, a partir do nível de depressão leve (escores 7 e 17 pontos), será considerado como presente, escores abaixo de 7 será ausente (ANEXO L).

Sobrecarga de Estresse (00177)

O estresse faz parte da NANDA-I pelo domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse) e classe 2 (Respostas de enfrentamento) e é conceituado como sendo “excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação” (Herdman; Kamitsuru, pág. 642, 2018). Tal definição torna-se vaga para o diagnóstico que pretendemos alocar enquanto elemento consequente ao fenômeno Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência Doméstica, havendo a necessidade de outras definições que possam ser mais consistentes com o diagnóstico em si.

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

Atualmente, o estresse é definido como um comportamento psicológico que tende a pôr em risco o bem-estar e a saúde fisiológica e mental dos indivíduos. Para que seja mais bem abordado, o estresse enfatiza desde respostas fisiológicas e reações do indivíduo aos estressores, até a fase psicológico-cognitiva que foca a relação do indivíduo para com o meio, ou seja, como a pessoa avaliará e perceberá o evento estressor/traumático em si (Chen; Wong; Yu, 2009; Schaufeli; Taris, 2014; Mihaila, 2015).

A Escala de Percepção do Estresse (ANEXO M) para avaliação do estresse psicológico de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), envolve 10 itens (itens 1, 2, 3, 6, 9 e 10 como afirmações negativas; e os itens 4, 5, 7 e 8 como afirmações positivas) e foi validada para o português no contexto brasileiro e pode ser adotada para fins de mensuração do diagnóstico de enfermagem. O estudo iniciou pela tradução, passando por duas etapas com a tradução desenvolvida por um nativo falante do português e brasileiro com habilidades no inglês que

traduzia a versão do inglês para o português e um nativo falante dos Estados Unidos e que residia no Brasil que traduziu a versão para o português (Reis *et al.*, 2010).

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

Uso de substância psicoativa

São definidas como consumo de drogas que têm a capacidade de alterar o comportamento, o humor, a consciência e a cognição, agindo no sistema nervoso central. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o termo droga refere-se a “qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo” (Santos; Pereira; Siqueira, 2013; Pires *et al.*, 2020). As chamadas substâncias psicoativas ou drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento. Pode ser avaliado com perguntas diretas a participante se faz o uso de alguma substância psicoativa? se a mulher consumia drogas ou abusava do consumo de álcool antes de sofrer violência doméstica? Se usa para fugir da realidade, se utiliza como refúgio emocional?

Uso problemático de álcool

Define-se como o consumo exacerbado em quantidade e frequência. O álcool é uma substância psicoativa com propriedades que causam dependência, tem sido abundantemente consumido em diversas culturas. Seu uso desfavorável gera uma sobrecarga de doenças. O álcool prejudica as pessoas e as sociedades de muitas formas e seus efeitos são determinados exorbitância do consumo (OMS, 2023)

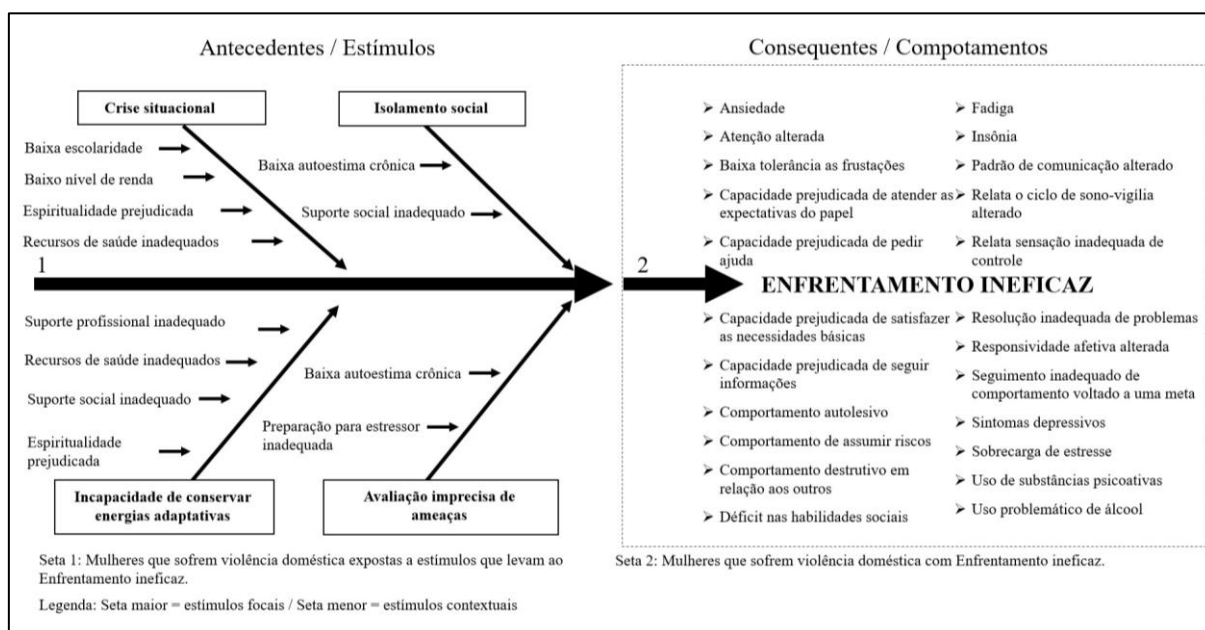
O uso problemático do álcool também pode ocasionar danos a outras pessoas, como membros da família, amigos, colegas de trabalho ou estranhos. Além disso, resulta em um fardo significativo em termos sociais, econômicos e de saúde (Martins; Nascimento, 2017). Essa condição será mensurada de acordo com a anamnese realizada pelo enfermeiro com pergunta quanto ao uso, frequência e quantidade de bebida alcoólica ingerida por parte da participante. Será avaliado pelo profissional enfermeiro através do Questionário AUDIT (ANEXO N), onde a partir de 20 A 40 pontos será considerado presente.

1.5.2 Diagrama explicativo

A partir dos conceitos elencados e das definições construídas na etapa anterior foi possível desenvolver um diagrama (Figura 2) que pudesse representar as relações de causa e efeito existentes entre esses conceitos.

O diagrama representa o DE Enfrentamento ineficaz como um processo. Com base no MAR, considerando o raciocínio clínico e o processo de julgamento, o estabelecimento do diagnóstico refere-se ao processo de adaptação em nível comprometido da mulher que sofre violência doméstica, que se inicia a partir da interação com supostos estímulos (antecedentes) com esta mulher.

Figura 3 - Diagrama representando as relações entre os elementos antecedentes e os elementos consequentes do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica.



Fonte: Elaborado pela autora.

O desenvolvimento dos Antecedentes (estímulos) pode ser visto à esquerda do diagrama, onde a seta com numeração 1 (que representa a mulher que sofre violência doméstica), cada tipo de seta representa um fator clínico antecedente diferente e o grau de influência dele sobre a mulher. Desse modo, estão dispostos da esquerda para direita os estímulos focais (setas maiores), e setas menores (contextuais) apontam para as setas maiores, isto é, trata-se de um conjunto de fatores que convergem como a causa de um DE base para implementação da assistência de enfermagem.

À medida que a mulher vivencia a violência doméstica, ela sofre a ação de vários estímulos (focais e contextuais), que provocarão a ter respostas adaptativas, mudando seu espectro clínico para que, caso contrário, a qualquer momento, os atributos do diagnóstico Enfrentamento ineficaz sejam destacados (limite da seta horizontal 1), e o nível de adaptação comprometido será inferido como um DE para essa mulher que sofre a violência doméstica. Vale lembrar que cada indivíduo possui formas inatas e adquiridas de responder a estes estímulos, ou seja, cada um responde de forma diferente à interação aos estímulos.

Considerando que os consequentes representam a exacerbação com a exposição dos antecedentes (Lopes; Silva; Herdman, 2015), temos que a interação dos estímulos com mulher que sofre violência doméstica resultará em comportamentos. Assim, à direita no centro do diagrama, é representado o diagnóstico Enfrentamento ineficaz, onde a seta horizontal 2 representa a mulher que sofre violência doméstica com o diagnóstico, e em volta todos elementos que ela manifesta, denominados comportamentos apresentados por essa mulher à medida que continua a sofrer a ação dos estímulos.

1.5.3 Proposições definidas

As proposições colocadas a seguir foram desenvolvidas fundamentadas nos conceitos-chave estabelecidos no tópico 1.5.2. quanto aos fatores etiológicos (focais, contextuais e residuais) e os indicadores clínicos e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. As proposições terão por objetivo estabelecer as relações clínicas e de causalidade entre tais conceitos para a etapa subsequente (Lopes; Silva; Herdman, 2015).

Ao todo, foram construídas 8 proposições para o estabelecimento de causalidade dos elementos de Enfrentamento ineficaz.

1. Crise situacional, Isolamento social, Incapacidade de conservar energias adaptativas e a Avaliação imprecisa de ameaças correspondem aos estímulos focais que levam à manifestação direta do Enfrentamento ineficaz;

2. Mulheres que vivenciam uma Crise situacional em situação de violência doméstica têm Baixa escolaridade, Baixo nível de renda, Espiritualidade prejudicada e Recursos de saúde inadequados como estímulos contextuais que reforçam os estímulos focais para desenvolver o DE;
3. Mulheres que apresentam Incapacidade de conservar energias adaptativas recebem estímulos contextuais com reforçadores com o Suporte profissional inadequado, Recursos de saúde inadequado, Suporte social inadequado e Espiritualidade prejudicada;
4. O Isolamento social esta presente na vida das mulheres expostas a violência doméstica, atrelado a baixa autoestima crônica e o suporte social inadequado como fatores contextuais que reforçam a sua manifestação;
5. A Avaliação imprecisa das ameaças apresenta-se mediante os estímulos contextuais, sendo eles Preparação para estressor inadequada e Baixa autoestima crônica que reforçam os estímulos ao enfrentamento ineficaz;
6. Comportamentos como Ansiedade, Atenção alterada, Fadiga, Insônia, Relata o ciclo de sono-vigília alterado, Sintomas depressivos e Sobrecarga de estresse têm forte influências um sobre o outro formando uma conjunto de sintomas interligados onde um pode está associado aos demais;
7. O Comportamento autolesivo, o uso problemático de álcool e o uso de substâncias psicoativas podem ser consequência da crise situacional em virtude da violência sofrida sendo considerados como comportamentos de evitação do trauma sofrido e também da manifestação do Enfrentamento ineficaz;
8. Mulheres expostas a violência doméstica têm Capacidade prejudicada de pedir ajuda, Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas, Capacidade prejudicada de seguir informações, Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel.

1.5.4 Relação de Causa e Evidência para a Prática

A fase a seguir permite a elaboração das relações causais dos conceitos-chave identificados na revisão de escopo, repercutindo em reflexões críticas do profissional de enfermagem para o estabelecimento de inferências diagnósticas conforme a prática e a realidade apresentadas ao contexto estudado (Lopes; Silva; Herdman, 2015). As causalidades são apresentadas nos pictogramas pelo tópico 1.5.2 da teoria e descritos a seguir.

A violência doméstica pode iniciar por um fenômeno e esse influenciar os demais, como exemplo a violência psicológica entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação. Todos estes atos ocasionam a destruição da saúde psíquica da mulher (Siqueira; Moraes; Passafaro, 2021).

A violência psicológica se coloca a serviço da estrutura patriarcal como primeira expressão de violência, que coíbe mulheres de alcançar a sua liberdade, autonomia e igualdade, sendo a violência física, e até o derradeiro feminicídio, a ferramenta final para garantir tais objetivos. Desta forma, subtende-se que mulheres, as quais sofrem em conjunto a agressão física e psicológica, passam por sintomas mais severos para o enfrentamento ineficaz. A agressão psicológica considerada sozinha como o único fator nas mulheres, está associado ao aparecimento dos sintomas depressivos, de desesperança, baixa autoestima situacional e comportamentos auto lesivos. Tal situação ocorre devido o sofrimento mental ocorrido por meio de ameaças, humilhações e ofensas que tendem a desenvolver a autolesão sem intenção para suicídio como forma de escapatória da dor mental para a dor física, além dos sintomas de baixa autoestima referentes às humilhações e a desesperança (Hellmuth *et al.*, 2014).

O isolamento social torna-se uma reação involuntária à sintomatologia do Enfrentamento ineficaz, uma vez que a mulher se encontra isolada devido ao sentimento de vergonha da violência sofrida, pelas imposições do agressor e por preocupações para acontecimentos que podem vir a ocorrer. A convivência diária com as agressões psicológicas está altamente direcionada a conviver isolada, além da dificuldade da tomada de decisões para denúncia após a violência vivida. O isolamento social tende a modificar as relações desta mulher em espaço individual e coletivo e familiar transformando-as em constantes reféns da violência física (Oliveira *et al.*, 2016; Souza; Silva, 2019).

A baixa autoestima situacional esteve positivamente associada à não aceitação das emoções negativas, na dificuldade de controle do comportamento impulsivo ao vivenciar emoções negativas referentes a violência sofrida, assim como o acesso limitado a estratégias de regulação emocional, suporte profissional adequado, apoio social, religiosidade que pudessem ser ofertados enquanto parâmetros confiáveis e efetivas para o controle emocional (Zancan *et al.*, 2019).

O diagnóstico de insônia mediante à exposição da agressão psicológica e física tem maior chance de ocorrência, em decorrência às ameaças a novos tipos de agressões, tais como a física e a sexual, sustentadas às ameaças para possíveis tentativas de feminicídio por parte dos parceiros íntimos, tornando-o estado de vigília e sono das mulheres prejudicado, ao passo que as mesmas atendem à características recorrentes à insônia como a alteração do padrão de sono e a sensação de cansaço devido à falta de restauração do sistema mental e fisiológico, em detrimento da violência sofrida (Adeodato *et al.*, 2005; Menzani, 2022.).

O diagnóstico de Fadiga esteve associado à agressão psicológica enquanto um sintoma somatizador e sintoma físico, indicativo do tempo de exposição à violência e a frustração apresentada pela mulher devido esse tipo de agressão, tornando-o comum e dependendo do tipo de personalidade, como: resistente ao estresse, dependente do parceiro, perfeccionista e/ou sentimental (Moreira *et al.*, 2019). Mulheres expostas à agressão física e psicológica, apresentam Fadiga principalmente pelas situações de tentar revidar as ameaças envolvidas à exposição da agressão psicológica. Sentimentos de vergonha e culpa excessiva são consideradas consequências de tais agressões relacionadas ao diagnóstico (Zancan, 2019).

A Sobrecarga de Estresse Pós-exposição à violência doméstica é frequente entre mulheres vítimas desta situação, uma vez que as agressões tendem a aumentar os níveis de fadiga, distúrbios de sono, baixa tolerância as frustrações, uso problemático de álcool, em longo prazo em decorrência dos estresses vivenciados diante da violência sofrida (Ulibarri *et al.*, 2009). A regulação de humor prejudicada tende a ser associada em casos de mulheres que sofrem a violência doméstica no contexto das agressões físicas, com sintomas parecidos como: a incapacidade em controlar comportamentos impulsivos, agir conforme os comportamentos desejados em momentos que envolvem emoções negativas, falta de consciência emocional e a falta de clareza emocional (Zancan, 2019).

A agressão física também esteve associada aos sintomas depressivos, sendo estes classificados como: comportamento auto lesivo, à baixa autoestima e a sintomas depressivos, no qual, as mulheres que possuíam a experiência decorrente da violência física, obtinham maior probabilidade em estarem depressivas, assim como apresentavam pensamentos suicidas. Um ponto relevante para o número de sintomas físicos e mentais da depressão foi o relato da experiência da agressão física nos últimos 12 meses, como sendo um período necessário para a apresentação de tais sintomas. Ou seja, para que os sintomas depressivos sejam implícitos à vida destas mulheres, é necessário que haja um tempo de exposição significativo, de no mínimo seis meses de experiência para sua apresentação. Os sintomas depressivos possuem até 62% de maior probabilidade em serem apresentados em mulheres vítimas da agressão física. Pela

automutilação, esta mulher idealiza uma transferência do sofrimento psíquico para a dor física, causada pelas autolesões corporais. Nos casos de ansiedade, as mulheres que são expostas a agressão física possuem até 74% maiores chances de apresentarem o diagnóstico de enfermagem, em detrimento das preocupações excessivas e estados de alerta referentes aos constantes atos de agressão física e as incertezas perante as próximas condutas (Hegarty *et al.*, 2008).

Estudos referentes à agressão sexual (Corbin *et al.*, 2001; Ullman *et al.*, 2005) e a coerção sexual (Fossos *et al.*, 2011) reportaram a grande motivação do uso abusivo do álcool como enfrentamento à história de agressão ocorrida. Existe uma relação entre o consumo de álcool e a hipótese para automedicação de ansiolíticos e antidepressivos como estratégia de evitação e forma de enfrentamento quando apresentados sintomas de sobrecarga de estresse em relação ao trauma sofrido pela agressão psicológica e sexual. Outros estudos reportaram os níveis altos da sintomatologia do enfrentamento ineficaz ao uso abusivo de álcool e outras formas de entretenimento, como o uso de drogas ilícitas (Zilberman; Blume, 2005).

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

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

Os sintomas depressivos (desesperança, baixa autoestima crônica e comportamento auto lesivo) possuem correlação com a agressão psicológica (Golder *et al.*, 2015). Além disso, a agressão física também esteve associada ao prejuízo da regulação de humor, episódios

somáticos de insônia e distúrbios de sono e a crescente fadiga como sintomas somáticos e que representam a sintomatologia do Enfrentamento ineficaz (Mitchel *et al.*, 2010).

Os fatores sociodemográficos, mencionados como fatores contextuais, que tornam a mulher mais suscetível ao aparecimento da sintomatologia do enfrentamento ineficaz, como: baixo nível de escolaridade, baixo nível de renda sociodemográfica e ausência de vínculo empregatício, estiveram associados em vários estudos com a apresentação de certos elementos consequentes, sendo estes: ansiedade, , baixa autoestima situacional e crônica, sobrecarga de estresse e sintomas depressivos (Lotzin *et al.*, 2019; Hegarty *et al.*, 2008; Manyema *et al.*, 2018; Golder *et al.*, 2015; Moreira *et al.*, 2019).

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

O fator de suporte social inadequado, por sua vez, esteve associado aos indicadores de sobrecarga de estresse, ansiedade, enfrentamento ineficaz, desesperança, baixa autoestima crônica, hostilidade e ideação paranoica. Os níveis de estresse causados pela violência sofrida, em adição ao suporte social inadequado e a insegurança sentida por tais mulheres em seu contexto biopsicossocial, tornam a apresentação da sintomatologia descrita anteriormente como mais frequente e mais suscetível em ocorrer (Golder *et al.*, 2015). No entanto, as estratégias de enfrentamento adaptativas utilizadas por mulheres como respostas para os problemas específicos da violência sofrida, podem não ser considerados enquanto seguros e aceitáveis àquelas que tiveram a experiência de diferentes formas da VPI, desde a física, às psicológica e sexual. (Hellmuth *et al.*, 2014).

1.6 CONCLUSÃO

A TSE possibilitou identificar os elementos condizentes ao fenômeno Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica, conseguindo defini-las e associando-as à prática clínica do enfermeiro. A teoria da adaptação de Roy permitiu estabelecer as relações de causalidade do diagnóstico e oportunizou o enfermeiro a conhecer um instrumento valioso de orientação para a prática nesse contexto que permitiu a formulação de um diagnóstico de enfermagem preditor das intervenções de enfermagem. O enfermeiro que apoia a sua prática no MAR vê o centro dos seus cuidados com ampliação com o ambiente físico e social. Esse conhecimento consistiu em compreender a adaptação da mulher sobrevivente da violência doméstica, no âmbito das suas situações de vida variadas, contemplando os processos de adaptação. Relaciona aqui o conhecimento básico de adaptação para compreender as situações de saúde e de doença, e o que pode ser feito para promover a adaptação.

Os conceitos-chave identificados na TSE por meio da revisão de escopo da literatura estão além dos elementos pertencentes atualmente à NANDA-I, sugerindo uma revisão diagnóstica dos elementos que o compõe. Os tipos de agressões perpetrados (física, psicológica), considerados como o início para a cadeia causal, não são os únicos fatores elencados como necessários para a apresentação do Enfrentamento ineficaz. A TSE possibilitou a seleção de fatores sociodemográficos como baixo nível de escolaridade e renda socioeconômica associados a uma maior suscetibilidade na manifestação do diagnóstico. Os fatores contextuais de baixa autoestima crônica, espiritualidade prejudicada, baixa escolaridade, suporte social inadequado, suporte profissional inadequados foram considerados ampliadores dos desfechos nocivos do enfrentamento ineficaz, assim como estímulos focais crise situacional e isolamento social que confrontam imediatamente a pessoa reforçam na incapacidade de recuperação do bem-estar, tornando os elementos consequentes aumentados à população alvo.

Neste sentido, é necessário mencionar que a partir desta validação teórica causal através do desenvolvimento da TSE para este diagnóstico no contexto de mulheres que sofreram violência doméstica, é possível continuar com a validação metodológica ou de conteúdo deste diagnóstico neste novo contexto clínico. Assim, auxiliará também a prática clínica dos profissionais enfermeiros, uma vez que fornecerá subsídios aos profissionais quanto à detecção precoce da sintomatologia do enfrentamento ineficaz por meio da identificação dos fatores etiológicos apresentados pela mulher sobrevivente da violência doméstica

CAPÍTULO 2 – EVIDÊNCIA DE VALIDADE DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ NO CONTEXTO DA VIOÊNCIA DOMÉSTICA

2.1 INTRODUÇÃO

A etapa de validação do conteúdo deve seguir uma elaboração coerente de critérios que possam ter a definição e proposta adequada para a seleção dos juízes, a coleta e análise dos dados perante as avaliações feitas pelo público selecionado ao fenômeno estudado (Diniz, 2017). O método de Fehring (1987), indicado em muitos estudos tem sido bem referenciado ao longo das pesquisas que envolvem a validação com diagnósticos de enfermagem no Brasil, com as etapas divididas em: validação do conteúdo diagnóstico, validação clínica do diagnóstico, correlação etiológica e validação de definição diagnóstica; seguido do método de Hoskins (1989) que apresenta as seguintes fases: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica.

Para Fehring (1987), a seleção de juízes apresenta somente os aspectos quanto à experiência acadêmica no quesito de titulação, trabalhos realizados na temática e publicações na temática de interesse. Para a análise das respostas, dá-se uma nota em escala *Likert* de 1 a 5 (1 = não indicativo; 2 = muito pouco indicativo; 3 = de algum modo indicativo; 4 = consideravelmente indicativo; e 5 = muito indicativo para o diagnóstico) para cada elemento do diagnóstico estudado e, ao final, é feito o cálculo da média ponderada perante as notas atribuídas com seus devidos “pesos” pré-definidos (1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,5; 4 = 0,75; 5 = 1). Todavia, apresenta fragilidades para a identificação dos juízes, existe a dificuldade no processo de captação, além dos critérios para seleção excluírem a experiência prática e clínica e fortalecerem somente aspectos referentes à experiência na academia (Benner; Tanner; Chesla, 2009; Priest, 1999).

Vale ressaltar que existem dificuldades encontradas na análise quantitativa e qualitativa das respostas obtidas pela superestimação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de cada item, em decorrência da média ponderada que tende a atribuir um valor maior caso o juiz decida que tal componente está adequado ao diagnóstico de enfermagem (Lopes; Silva; Araújo, 2013). Contudo, será adotado como referencial, o método proposto por Lopes e Silva (2016) e Lopes, Silva e Araújo (2012) perante a definição do processo, os critérios para seleção dos juízes e como deve ser realizada a análise perante os dados obtidos ao final.

Lopes, Silva e Araújo (2012) propõem como fases para a teoria sobre teste de

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

A definição do diagnóstico, os fatores etiológicos e os indicadores clínicos são interpretados como elementos fundamentais para a validação de diagnósticos de enfermagem, visto que há uma correlação entre os elementos antecedentes e consequentes para formação do diagnóstico presente (Lopes; Silva; Araújo, 2013). O processo possui, como objetivo principal, a estimativa das proporções de juízes que indicariam a relevância dos elementos antecedentes e consequentes para a composição de um diagnóstico de enfermagem, no qual seriam apresentados os elementos já existentes pela Taxonomia da NANDA-I e aqueles que estariam sendo formulados para um aperfeiçoamento do diagnóstico (Lopes; Silva; Araújo, 2012).

Lopes, Silva e Araújo (2012) sugerem que sejam avaliados dois aspectos para a seleção, sendo estes, o conhecimento teórico e a experiência clínica do juiz. É afirmada a relevância da experiência prática dos juízes em termos de perfil para a sua proficiência, assim como tal exemplo equilibra as relações entre experiência acadêmica e experiência prática (Benner; Tanner, Chesla, 2009). A caracterização e a identificação dos juízes têm sido visualizadas como uma das maiores dificuldades para esta etapa, uma vez que identificados os níveis dos juízes, tais participantes encontram-se em problemas perante a disponibilidade de tempo e o fator em si prejudica o processo de avaliação segura dos elementos do diagnóstico (Lopes; Silva, 2016).

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

A sabedoria coletiva é afirmada como a amenização dos erros de julgamento

acometidos por um dos juízes devido o processo inteiramente interpretado coletivamente. Desta forma, a amostra de juízes pode conter profissionais que estejam na prática clínica e aqueles que se encontram somente na academia, desde que obtenham aspectos referentes às experiências práticas e/ou acadêmicas (Yi *et al.*, 2012; Lopes; Silva, 2016).

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

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

O Teorema de Diversidade Preditiva possibilita a modelação probabilística das estimativas referentes à validade de conteúdo, principalmente pela consideração do aspecto de cognição ser desenvolvido com uma distribuição de probabilidade individual e internalizada. Nesta perspectiva, sendo um indicador clínico considerado pertinente ao diagnóstico pelo juiz, o valor pontuado será a medida de suas experiências quanto à relevância do indicador enquanto uma resposta humana necessária ao diagnóstico estudado (Lopes; Silva, 2016).

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

Não há consenso na literatura para o nível de classificação que consiga definir exatamente o nível de proficiência dos juízes, do mesmo modo que não há conformidade perante a classificação de um quantitativo mínimo de indicadores clínicos, a ocorrência precoce dos mesmos e o conjunto de indicadores que possam representar fielmente um diagnóstico por

meio da variável latente (Lopes; Silva; Araújo, 2013). O emprego para a classificação dos níveis será do referencial de Benner, Tanner e Chesla (2009), que elencou os cinco níveis necessários para a seleção de um juiz. Os participantes devem ser divididos nos seguintes graus de conhecimento: 1º nível - *novice*, 2º nível - *advanced beginner*, 3º nível - *competence*, 4º nível - *proficiente* e 5º nível - *expert*.

O primeiro nível intitulado por “principiante” é definido por juízes que possuam o conhecimento básico, podendo realizar julgamentos sem a necessidade de uma experiência prévia ao tema em foco. O segundo nível é intitulado como “iniciante avançado” e pode ser definido pela usabilidade de fatos objetivos e ideias mentais para interpretação de seu julgamento. Tal nível de conhecimento possibilita o reconhecimento instintivo dos elementos, se comparado ao primeiro nível. O terceiro nível é intitulado como “juiz competente”, possuindo conhecimento prévio do assunto, novas concepções mentais e melhor raciocínio crítico diante da necessidade de opinião embasada em fatos de relevância para o julgamento posterior. O quarto nível é intitulado por “proficiência” e é embasado diante das experiências reais e de respostas com fundamento teórico. As experiências ocorridas pela teoria de casos clínicos e simulações não serão suficientes para o processo de julgamento. O juiz proficiente adota as experiências reais, a intuição e o próprio raciocínio crítico para a tomada de decisões. Por último, o quinto nível é intitulado como “expert” e é definido como profissionais com certa maturidade e capacidade necessária para a diferenciação sutil e refinada dos casos e tendem a escolher as ações que são consideradas de maior propriedade para a obtenção dos objetivos (Benner; Tanner; Chesla, 2009).

Dessa forma, faz-se necessário que na seleção dos juízes sejam aplicados os conhecimentos teórico e prático, de modo que não haja perda de pressupostos significativos no processo de validade do conteúdo com a aplicação de apenas um aspecto referente às experiências acadêmicas (Melo *et al.*, 2011; Galdeano; Rossi, 2006).

2.2 OBJETIVOS

- Identificar os indicadores clínicos relevantes para o domínio de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “Enfrentamento Ineficaz” no contexto de mulheres sobreviventes da violência doméstica de acordo com a opinião de avaliadores;
- Determinar os fatores etiológicos que representam elementos causais específicos do diagnóstico de enfermagem "Enfrentamento ineficaz" no contexto de mulheres sobreviventes da violência doméstica de acordo com a opinião de grupo de avaliadores;
- Caracterizar o nível de concordância e consistência das avaliações de diferentes juízes acerca da estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem "Enfrentamento ineficaz" no contexto de mulheres sobreviventes da violência doméstica.

2.3 MATERIAIS E MÉTODOS

2.3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico de validação do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz, por meio da avaliação de conteúdo por profissionais os quais denominamos juízes nas áreas de interesse do estudo (Polit; Beck, 2018). A validade de conteúdo analisa se a estrutura diagnóstica explora todas as dimensões ou domínios pertinentes ao conceito proposto para o estudo. O modelo de validade é definido ainda, como a ampliação no qual o conteúdo proposto pelo levantamento bibliográfico consegue capturar de forma adequada o constructo de um diagnóstico, ou seja, o diagnóstico consegue apresentar todos os itens apropriados para sua definição e elementos necessários para sua composição (Ferreira, 2013; Polit; Beck, 2018).

Para esta etapa, o sentido inicial é reconhecer a relevância atribuída por juízes aos elementos que compõem o diagnóstico de Enfrentamento Ineficaz, assim como as definições operacionais e conceituais formuladas para cada indicador clínico e fatores etiológicos e a definição geral construída para o diagnóstico revisado (Lopes; Silva; Araújo, 2012).

Para isso, adotou-se o Teorema da Diversidade Preditiva, definido como a associação entre o aumento da diversificação dos níveis dos especialistas escolhidos e a melhoria da precisão de suas inferências, com enfoque para a sabedoria coletiva, na qual a abordagem emprega o conhecimento coletivo do grupo de especialistas para determinar a adequação dos elementos e suas definições ao diagnóstico de interesse (Enfrentamento ineficaz). Tal melhoria das inferências deve-se a questão de um erro individual de um dos especialistas ser amenizado diante do julgamento coletivo a partir de níveis de conhecimento diferenciados (Lopes; Silva, 2016). A análise dos juízes representará a etapa onde serão julgados os elementos encontrados enquanto representativos ao diagnóstico de Enfrentamento ineficaz e quais poderão ser excluídos e/ou revisados.

2.3.2 População e Amostra/Seleção dos Juízes

Cabe destacar aqui que embora ainda haja dificuldades quanto à seleção de juízes, devem-se considerar dois pontos chave para a seleção final: conhecimento/ habilidade baseados em estudos e experiências clínicas, conforme foi apresentado anteriormente no tópico 2.1 (Galdeano; Rossi, 2006).

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

Os três subtópicos foram unificados para que se tenha a pontuação de um único aspecto em si (conhecimento científico), no qual serão atribuídas notas de 0 a 3 para titulação (0 – Graduado; 1 – Especialista; 2 – Mestre; 3 – Doutor). Tal nota será somada à presença(1)/ausência(0) dos trabalhos de titulação em diagnósticos de enfermagem e/ou violência contra a mulher, assim como a presença/ausência da produção científica nas temáticas de diagnósticos de enfermagem e/ou violência contra a mulher (Benner; Tanner; Chesla, 2009). A definição final do nível de expertise foi estabelecida pela soma dos pontos atribuídos em todos os aspectos anteriores divididos por cinco. Será utilizada uma classificação em números inteiros variando de 0 a 5, na qual o valor médio anteriormente obtido será aproximado para o maior inteiro. A Tabela 1 apresenta os parâmetros que foi adotados para seleção dos juízes, de acordo com as características apresentadas no parágrafo anterior e utilizadas primeiramente por Diniz (2017).

Tabela 1: Classificação adotada para seleção dos juízes quanto ao nível de experiências utilizada por Diniz (2017). *Continua*

Pontuação	Tempo de prática (X)*	Tempo de grupo de pesquisa (Y)*	Titulação (Z ₁)	Trabalho de titulação (Z ₂)	Produção Científica DE e/ou VCM (Z ₃)
0	-	-	Graduação	Não	Não
1	0-7	0-3	Especialização	Sim	Sim
2	8-14	4-6	Mestrado	-	-
3	15-21	7-9	Doutorado	-	-

Tabela 1: Classificação adotada para seleção dos juízes quanto ao nível de experiências utilizada por Diniz (2017). *Conclusão*

Pontuação	Tempo de prática (X)*	Tempo de grupo de pesquisa (Y)*	Titulação (Z ₁)	Trabalho de titulação (Z ₂)	Produção Científica DE e/ou VCM (Z ₃)
4	22-28	10-12	-	-	-
5	29-35	13-15	-	-	-

Fonte: Diniz (2017).

Legenda: * em anos; DE: diagnóstico de enfermagem; VCM: violência contra a mulher. Nível de especialista: Somatório dos pontos obtidos em X, Y e Z dividido por 3.

Conforme descreve a Tabela 1, o nível dos juízes foi calculado por meio de uma média simples aritmética das pontuações recebidas em cada aspecto do modelo: tempo de prática (X), tempo em um grupo de pesquisa (Y) e o conhecimento científico (Z₁, Z₂ e Z₃). As notas dos três subtópicos - Titulação, Trabalho de Titulação e Produção Científica - foram somadas para que houvesse a pontuação final no item de conhecimento científico. Foram considerados em nível de juiz superior/seguinte, aqueles que obtiverem a média final com números decimais de cinco.

A técnica de amostragem empregada foi a não-probabilística do tipo intencional. No entanto, também foi solicitado aos juízes que recomendem outros profissionais com a devida experiência prática e acadêmica em diagnósticos ou que tenham cuidado e acompanhado mulheres sobreviventes da violência doméstica, formando uma técnica de amostragem não-probabilística do tipo bola-de-neve.

O tamanho da amostra foi estabelecido por meio do cálculo baseado na estimativa da média aritmética das avaliações de cada elemento do diagnóstico a ser analisado, considerando-se os seguintes parâmetros: Nível de Confiança de 95%, correspondendo a 1,96 desvio-padrão da curva normal padronizada; erro amostral (e) de 0,05 e desvio-padrão (S) de 0,17 considerando a suposição de distribuição normal para um índice variando entre zero e um. Desta forma, a amostra foi inicialmente estabelecida em $n_0 = (1,96 \cdot 0,17 / 0,05)^2 = 45$ juízes para a etapa de validação. Considerando que a suposição de normalidade pode ser violada pela assimetria típica das avaliações, foi incorporada a Pitman (1949) neste tamanho inicial da amostra, dividindo por 0,95, e obtendo uma amostra final de 47 juízes para cada grupo de profissionais necessários à pesquisa. Foram convidados juízes da área de enfermagem, psicologia, serviço social e direito, considerando as diferentes concepções e experiências destes profissionais acerca do enfrentamento destas mulheres sobre a violência doméstica sofrida.

Uma Carta Convite (Apêndice A) com explicação sobre a pesquisa e seu objetivo

foi remetida por correspondência eletrônica, com espera de 15 dias para reenvio da resposta quanto ao aceite ou rejeição à pesquisa via e-mail. Após 7 dias, os juízes foram lembrados quanto à Carta Convite. A Plataforma Lattes e artigos publicados sobre a temática que disponibilizavam e-mails foi adotada para fins de coleta dos dados necessários para a pontuação final e classificação dos selecionados. O compartilhamento do instrumento de coleta de dados (Apêndice B) via Google Forms foi feito por meio de correio eletrônico e /ou por grupos de profissionais pelo aplicativo WhatsApp. Também foi enviado as definições conceituais e operacionais de todos os elementos junto ao Google forms e o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em PDF.

2.3.3 Procedimento de Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2023 a maio de 2024 e foi realizada após o aceite pela Carta Convite (APÊNDICE A), sendo disponibilizando um link de acesso ao formulário do *Google Forms* e, anexado junto a ele, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Pós-Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Esta etapa foi definida pelas respostas dos especialistas às questões propostas no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D) enviada em formato de *Google forms*, o qual foi dividido em: identificação do participante e perguntas relacionadas à sua experiência com DE e/ou com mulheres que sofreram violência doméstica, bem como sua avaliação acerca dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico "Enfrentamento ineficaz". As definições conceituais dos elementos dispostos na teoria e os elementos da NANDA-I (2021-2023) foram adicionados no instrumento de coleta de dados e suas definições conceituais e operacionais também foram enviadas em anexo por e-mail em formato PDF a fim de esclarecer as dúvidas dos profissionais. Além disso, também teve um espaço para sugestões/comentários dos juízes sobre cada um dos elementos.

O instrumento foi dividido em: 1- Identificação do juiz; 2- Definição diagnóstica de Enfrentamento Ineficaz, proposto pela NANDA-I (2021-2023); 3- As características definidoras da NANDA-I (2021-2023) e as características definidoras (indicadores clínicos) encontradas após a construção da TSE; 3- Os fatores relacionados da NANDA-I (2021-2023) e os fatores relacionados (fatores etiológicos) identificados após a construção da TSE; e espaço para sugestões/comentários dos juízes a cada um dos elementos e sua relevância, caso houvesse necessidade. Ressalta-se que os elementos pertencentes à NANDA I, atualmente, foram

expostos como critério de comparação aos elementos identificados com a TSE, sendo avaliados quanto à sua relevância para o diagnóstico do Enfrentamento ineficaz.

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

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

O tempo de estimado para o reenvio do material (TCLE, Termo de Pós-Consentimento e Instrumento de Coleta) foi de 15 dias, a partir da data de envio pela pesquisadora. Caso houvesse atraso, eram enviados e-mails e/ou *whatsapp* para a devida resposta do instrumento dando uma prazo de mais 15 dias ou a desistência da pesquisa. O Quadro 4, definido por Diniz (2017) estabelece as definições perante o conceito de relevância para cada uma das pontuações anteriormente descritas.

Quadro 3 - Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes ao julgamento dos itens por Diniz (2017).

PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO DA RELEVÂNCIA
1 Nada relevante	O componente não apresenta qualquer relação com o diagnóstico, sendo associado a outros fenômenos.
2 Pouco relevante	O componente do diagnóstico apresenta pouca relação com o diagnóstico, estando mais associado a outros fenômenos similares.
3 Moderadamente relevante	O componente do diagnóstico apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares.
4 Parcialmente relevante	O componente do diagnóstico está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares.
5 Totalmente relevante	O componente do diagnóstico está diretamente relacionado ao diagnóstico.

Fonte: Diniz (2017).

2.3.4 Organização e Análise dos Dados

Os dados foram organizados em planilhas pelo programa Microsoft Office Excel versão 2021 e analisados com o apoio do software R versão 4.2.0. Uma análise descritiva que inclui frequências absolutas e percentuais é apresentada para cada variável qualitativa. Para as variáveis quantitativas são apresentadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil). Para análise da validade de conteúdo dos índices são apresentadas medidas de assimetria e curtose dos valores atribuídos pelos experts para cada fator etiológico e característica definidora com os respectivos intervalos de confiança, além do teste robusto de Jarque-Bera para verificação de aderência à distribuição normal. Nesta avaliação, coeficientes com intervalos de confiança abaixo de -1 indicam assimetria à esquerda e leptocurtose, enquanto intervalos de confiança com valores acima de +1 indicam assimetria à direita e platicurtose. Valores $p < 0,05$ para o teste de Jarque-Bera indicam rejeição da hipótese nula de aderência à distribuição normal.

Para a análise da relevância de cada item em relação ao diagnóstico de Enfrentamento ineficaz são apresentados oito diferentes índices de agregação com seus respectivos intervalos de confiança. Estes índices incluíram: 1) Média ponderada pelo nível de expertise (M_p); 2) Mediana ponderada pelo nível de expertise (Md_p); 3) V de Aiken; 4) Mediana das atribuições; 5) Coeficiente de validade de conteúdo (CVC) de Hernández-Nieto; 6) Índice de validade de conteúdo diagnóstico (DCV) de Fehring; 7) Índice de validade de conteúdo (IVC) adaptado da proposta de Lynn, na qual foram colapsadas as três últimas categorias para representar a relevância do item; e 8) Razão de validade de conteúdo (RVC) adaptado da proposta de Lawshe, na qual foram colapsadas as duas últimas categorias de avaliação.

Intervalos de confiança de 95% foram obtidos por bootstrap para a média na ponderada, mediana ponderada, mediana simples e DCV, enquanto para o V de Aiken e o CVC foi utilizado o método de Wald baseado na distribuição e para o IVC e RVC os intervalos foram construídos com base na distribuição binomial. Os itens foram retidos na estrutura se apresentassem intervalos de confiança que indicassem valores da média ponderada igual ou superior ao ponto de corte de 0,85.

Além disso, cinco coeficientes de confiabilidade são apresentados para o conjunto de avaliações que incluía todos os itens avaliados e para o conjunto de itens retidos após as exclusões segundo o critério anteriormente descrito. Entre estes itens dois representam a consistência interna das avaliações: 1) Alpha de Cronbach; e 2) ômega de McDonald. Ambos apresentam valores entre zero e um com valores mais altos indicando maior consistência das

avaliações entre os itens. Os outros três coeficientes avaliam a concordância entre os experts: 1) Estatística S; 2) Alpha de Krippendorff; e 3) Kappa de Fleiss. Estes coeficientes apresentam valores entre -1 e +1 e, para facilitar a interpretação, seus valores foram convertidos por normalização Min-Max para o intervalo entre zero e um, com valores maiores indicando alta concordância. Neste estudo, adotou-se como ponto de corte para avaliação da confiabilidade, valores iguais ou superiores a 0,7 conforme os intervalos de confiança dos coeficientes, os quais foram obtidos por bootstrap.

Por fim, a avaliação de validade de conteúdo global foi procedida com base na teoria da generalizabilidade. Esta abordagem se baseia na avaliação da qualidade de um procedimento de medida considerando três possíveis fontes de erros, denominadas de facetas (experts, item e a interação entre os dois - efeito residual), a partir de uma técnica similar à análise de variância. Nesta análise são apresentados os valores de soma de quadrados (SM) e quadrado médio (QM) para cada uma das facetas, os quais permitirão cálculo de componentes de variância (Var). Estes erros são utilizados para obtenção de coeficientes de generalizabilidade, os quais variam entre zero e um, permitindo uma avaliação da representatividade de um conjunto de itens sobre o domínio de conteúdo especificado. Assim, são apresentados três coeficientes de generalizabilidade: 1) Er_{σ}^2 , que corresponde ao coeficiente de generalizabilidade para erro relativo, o qual é similar ao Alpha de Cronbach; 2) r_D^2 , que se refere ao índice geral de dependabilidade e representa a qualidade geral do conjunto de características definidoras como representativos do domínio de conteúdo do diagnóstico de enfermagem; e 3) $F(I)_{0,85}$, que se refere ao índice de qualidade do conjunto de itens para o ponto de corte pré-definido de 0,85. Para estes coeficientes, quanto mais próximos do valor um, melhor será a qualidade do conjunto de itens para representar o domínio de conteúdo diagnóstico.

2.3.5 Aspectos Éticos

O estudo obedeceu aos princípios da Resolução dnº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde todo procedimento de qualquer natureza a envolver os seres humanos deve obedecer às diretrizes da presente resolução que estabelece os termos sobre pesquisa com seres humanos, ressaltando o respeito ao participante, a ponderação de riscos e benefícios, a garantia de que danos previsíveis serão evitados e à relevância social da pesquisa. Esta resolução visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (Brasil, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado via Google Forms, posteriormente à confirmação de participação na pesquisa. Ressalta-se que os juízes selecionados somente participaram depois que declararam estarem cientes dos objetivos finais do estudo pelo TCLE e, desta forma, teve total sigilo de suas informações pessoais e quanto à avaliação do diagnóstico, assim como poderão desistir e ausentar-se em qualquer período da pesquisa.

Os riscos da pesquisa foram considerados mínimos, uma vez que os participantes podiam sentir constrangimento e/ou mudança da rotina diária. Desta forma, foi assegurada a confidencialidade das informações, bem como tempo adequado para a avaliação da estrutura diagnóstica. Como benéficos, têm-se a contribuição para maiores conhecimentos científicos na área sobre a violência doméstica no contexto dos diagnósticos de enfermagem e o apoio ao profissional enfermeiro que poderá atuar na linha de frente da assistência e dos cuidados a mulheres que são sobreviventes da violência doméstica. A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) – COMPEVE, sendo aprovado com número de parecer 6.652.095 e CAAE 76979223.2.0000.5054 (ANEXO N).

3. RESULTADOS

3.1 Perfil dos juízes participantes do estudo

Os dados referentes ao perfil profissional dos 51 juízes das áreas de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Direito que participaram do estudo está descrito na tabela 2. Vale registrar aqui o desafio em conseguir a amostra com níveis mais altos de expertise, tendo em vista o instrumento que por vezes era considerado complexo, como também pela dificuldade que se tem em encontrar profissionais que participem. Outrossim, a dificuldade com relação a população, pois os profissionais não querem responder devido a assitência a esse publico acontecer de forma sigilosa.

A análise descritiva é apresentada nas tabelas 2 e 3 que inclui frequências absolutas e percentuais para cada variável qualitativa. Para as variáveis quantitativas são apresentadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão desvio-padrão e intervalo interquartil).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz. Fortaleza, Ceará, 2024.
Continua

Variáveis	n	%
1. Sexo		
Masculino	06	11,76
Feminino	45	88,23
2. Residência		
Capital	17	33,33
Interior	25	49,02
Outro estado	08	15,69
Outro país	01	1,96
3. Profissional		
Enfermeiro	24	47,06
Assistente social	08	15,69
Direito	09	17,65
Psicólogo	10	19,61
4. Titulação		
Especialização	18	35,29
Mestrado	14	27,45
Doutorado	08	15,69
Nenhuma	11	21,57
5. Nível de proficiência		
Principiante	04	7,84
Iniciante avançado	23	45,10
Juiz competente	16	31,37

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz. Fortaleza, Ceará, 2024. *Conclusão*

Variáveis			n	%
Proficiência			06	11,76
Expert			02	3,92
Variáveis	Mediana	Média	DP	IIQ
Idade	30.000	33.020	7.812	10.000
Tempo de formação profissional	6.000	7.980	6.766	8.000
Tempo experiência profissional	5.000	7.294	7.092	8.500
Tempo que usa DE na prática profissional	0.000	2.941	5.558	2.000
Tempo em grupo de pesquisa	1.000	0.902	1.044	1.000
Expertise	2.000	2.588	0.942	1.000

Fonte: própria autora

Os dados expostos na Tabela 2 apresentam a amostra dos 51 juízes participantes, e mostra que 88,23% são do gênero feminino, têm em média 33 anos, 49,02% residem no interior do estado, desses 47,05% são enfermeiros, com uma média de 8 anos de formação e 7 anos de experiência profissional. Com relação ao tempo de uso do DE, metade da amostra nunca usou. Quanto a titulação dos juízes 35,29% são especialistas e 27,45% são mestres, com experiência profissional em instituições de Ensino (29,41%), seguido das unidades Hospitalares (13,72%). De acordo com a classificação adotada de Benner, Tanner e Chesla (2009), o nível de proficiência dos juízes apresenta-se como iniciante avançado (45,09%), seguido por juiz competente (31,37%).

Tabela 3 - Caracterização dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz. Fortaleza, Ceará, 2024. *Continua*

Variáveis	n	%
Trabalho sobre terminologia		
Monografia	07	13,72
Especialização	03	5,88
Dissertação	11	21,57
Tese	08	15,69
Artigo	14	27,45
Trabalho sobre o DE		
Monografia	01	1,96
Dissertação	01	1,96
Tese	01	1,96
Artigo	01	1,96
Trabalho sobre DE no contexto da violência doméstica		
Monografia	01	1,96
Dissertação	01	1,96
Tese	01	1,96
Artigo	02	3,92
Atividades profissionais do último ano		

Tabela 3 - Caracterização dos juízes participantes do processo de validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz. Fortaleza, Ceará, 2024. *Conclusão*

Variáveis	n	%
Hospital	07	13,72
Unidade de saúde	05	9,80
Instituição de ensino	15	29,41
Presta ou já prestou assistência a mulheres	35	68,63
Que sofreram à violência	32	62,74
Com estratégias de Enfrentamento ineficaz	10	19,61
Com outro DE relacionado ao Enfrentamento ineficaz	07	13,72
Que sofreram violência e estratégias de Enfrentamento ineficaz	06	11,76
Identificou o DE Enfrentamento ineficaz em sua prática profissional?		
Nunca	19	37,25
Algumas vezes	24	47,06
Frequentemente	08	15,69
Ministra ou já ministrou disciplinas sobre DE	15	29,41
Ministra ou já ministrou disciplinas sobre Violência Doméstica	22	43,14
Identificou na prática profissional fatores causais do DE	28	54,90
Participa ou já participou de grupos e/ou projetos de pesquisa	32	62,74
Utiliza ou já utilizou DE na sua prática profissional	21	41,18

Fonte: própria autora

Com relação a produção perante o grau de experiência e trabalhos nas áreas referentes ao estudo, primeiramente foi questionado se já realizou trabalho sobre terminologia e 27,45% disseram desenvolver artigos científicos, seguidos de 21,69% que fizeram dissertação. Já em relação a trabalho sobre o DE Enfrentamento ineficaz 98,03% admitiram não terem realizado nenhum trabalho sobre. Diante o desenvolvimento de trabalhos perante o contexto do Enfrentamento ineficaz e/ou violência doméstica, quase o total relatou não desenvolver (98,03%), seguido de 3,92% que realizam a produção de artigos científicos sobre uma das temáticas.

Relativo a participação em grupos/projetos de pesquisa com foco em Terminologias de Enfermagem e/ou Violência doméstica, 62,74% responderam participar dos grupos. Já com relação ao uso de DE na prática profissional 41,17% responderam que utilizam algum tipo de diagnóstico em sua prática, e teve uma média de 3 anos de uso. Contudo, é importante destacar aqui que a maioria dos juízes participantes foram enfermeiros, sendo assim, é importante mencionar aqui a relevância do uso dos diagnósticos de enfermagem na prática do profissional em diferentes abordagens e contextos clínicos.

No tocante a prestar assistência a mulheres com problemas relacionados a algum tipo de violência e/ou com algum DE a maioria dos juízes responderam que já realizaram atendimento as mulheres (68,62%). Com relação a identificar o Enfrentamento ineficaz na prática profissional 37,25% dos juízes relataram “nunca” ter identificado, enquanto 47,05%

responderam ter identificado “algumas vezes”. No ensino, a maioria dos juízes referiu não ministrar disciplinas que envolvessem diagnósticos de enfermagem (70,58%); enquanto 56,86% responderam não ministrar disciplinas que tenham abordado a temática da Violência doméstica. Com relação aos fatores que contribuem para manifestação do Enfrentamento ineficaz, 54,90 % dos juízes responderam que conseguiram realizar a identificação destes, descrevendo logo em seguida, por meio de um questionamento subjetivo as manifestações as quais apresento na nuvem de palavras (figura 4).

Figura 4 - Nuvem de palavras perante a identificação de fatores para manifestação do Enfrentamento ineficaz de acordo com as respostas dos juízes.



Fonte: Elaborado pela autora

A nuvem de palavras é uma demonstração visual da frequência em que as palavras citadas. Aqui foi usada para destacar com que frequência os termos citados pelos participantes aparecem, como forma de expressar que alguns elementos se destacaram, como também surgiram outros elementos que não foram postos para análise.

3.2 Definição para o Enfrentamento Ineficaz

Os dados perante a análise realizada pelos juízes quanto à definição proposta pela NANDA-I (2021-2023), como: “Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e / ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar” (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). Mostra que maior parte dos juízes 78,43 % concordam com esta definição e que apenas 21,56 não concordaram. Outrossim, mesmo a definição

considerada adequada para o Enfrentamento ineficaz no contexto da Violência doméstica, alguns juízes trouxeram comentários e/ou sugestão que estão transcritas no quadro 4.

Quadro 4 - Comentários e/ou sugestões realizados pelos juízes para a definição da NANDA-I (2021-2023).

Participante	Sugestão
P5	Não concordo com essa definição porque o enfrentamento é um processo e não apenas um “padrão de avaliação do estressor”. Se levarmos em conta o modelo de adaptação de ROY, este conceito é definido por esta teórica os processos de enfrentamento "são formas inatas ou adquiridas de agir diante de mudanças produzidas no ambiente" (Roy e Andrews, 1999, p. 31). Portanto, sugiro que a definição que você propõe seja algo como: enfrentamento ineficaz refere-se a uma situação em que uma pessoa é incapaz de avaliar com precisão os estressores que enfrenta, o que a impede de escolher respostas e executar ações práticas adequadas e/ou utilizar os recursos de que dispõe para responder adequadamente às demandas relativas ao bem-estar.
P36	Esforços ambientais.
P37	Achei a definição muito complexa e poderia ser mais clara.
P38	O título está confuso.
P39	Incapacidade de enfrentar estressores por meios cognitivos e/ou comportamentais com prejuízo as demandas de saúde e bem-estar.
P51	A definição atual encontra-se confusa perante termos adotados para caracterização do Enfrentamento Ineficaz. Conforme a análise de conceito desenvolvida formula-se uma nova definição perante os novos atributos e elementos consequentes e antecedentes identificados: Adoção de estratégias psicossociais e comportamentais inadequadas em resposta a um conjunto de estressores contextuais que afetam negativamente o bem-estar e o estilo de vida.
P52	Confuso. sugestão: padrão de avaliação dos estressores incapaz de controlar as demandas relativas ao equilíbrio mental.

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dos comentários, é possível perceber que a definição é vista pelos juízes como confusa, complexa. Portanto, necessita-se de uma definição mais clara para o enfrentamento ineficaz no contexto da violência doméstica como também para o uso do termo de forma geral. Ao final será adicionado uma proposta (Quadro 6) de nova definição através desta pesquisa.

3.3 Análise dos fatores relacionados pelos juízes para o Enfrentamento Ineficaz

A análise dos fatores relacionados, ou seja, a atribuição feita pelo grupo de avaliadores aos elementos está disposta na tabela 4. Assim, a avaliação dos elementos pelos juízes indica uma assimetria a esquerda, na qual mostra a leptocurtose, pois todos os elementos

têm valores abaixo de -1. Em relação a curtose apresenta uma platicurtose, uma curva mais achatada, havendo uma variação nas respostas dos juízes. Para aderência à distribuição normal, apenas os elementos espiritualidade prejudicada e incapacidade de conservar energias adaptativas o intervalo de confiança passa pelo valor zero indicando que esses elementos tiveram uma distribuição simétrica.

Tabela 4 - Medidas de assimetria e curtose das atribuições dadas por avaliadores aos fatores relacionados e teste de aderência à normalidade dos resíduos destas atribuições. Fortaleza, Ceará, 2024.

Fatores relacionados	Assimetria	IC95%		Curtose	IC95%		Valor p*
1. Alto grau de ameaça	-1,83	-2,99	-1,13	5,97	3,19	14,22	<0,001
2. Avaliação imprecisa de ameaças	-1,22	-2,15	-0,61	4,12	2,19	8,57	0,001
3. Baixa autoestima crônica	-1,07	-1,62	-0,65	3,50	2,32	5,27	0,007
4. Baixa escolaridade	-0,80	-1,40	-0,34	2,68	1,85	4,81	0,089
5. Baixo nível de renda	-0,76	-1,31	-0,30	2,32	1,70	3,72	0,105
6. Crise situacional	-1,15	-1,74	-0,71	3,34	2,18	5,42	0,001
7. Espiritualidade prejudicada	-0,30	-0,71	0,09	2,51	1,96	3,32	0,587
8. Incapacidade de conservar energias adaptativas	-0,23	-0,63	0,13	2,13	1,73	2,66	0,571
9. Isolamento social	-1,57	-2,60	-0,85	5,75	3,00	12,02	<0,001
10. Preparação inadequada para estressor	-1,22	-1,99	-0,69	4,22	2,50	8,17	<0,001
11. Recursos de saúde inadequados	-1,12	-1,80	-0,61	2,78	1,70	4,88	<0,001
12. Suporte profissional inadequado	-1,49	-2,43	-0,91	4,38	2,66	9,57	<0,001
13. Suporte social inadequado	-1,82	-2,93	-1,17	5,60	3,11	12,21	<0,001

Fonte: Elaborada pela autora

Legenda: *Teste robusto de Jarque-Bera

Já para a análise da relevância de cada item em relação ao diagnóstico de Enfrentamento ineficaz são apresentados oito diferentes índices de agregação com seus respectivos intervalos de confiança. Dessa forma, dos 13 fatores relacionados, 11 deles apresentaram relevância quanto ao diagnóstico Enfrentamento ineficaz, enquanto dois deles, Espiritualidade prejudicada elemento da TSE e Incapacidade de conservar energias adaptativas da NANDA-I não apresentaram valores estatisticamente significantes para o fenômeno.

Espiritualidade prejudicada é um elemento que de acordo com a TSE e o MAR, configura-se como fator contextual ao Enfrentamento ineficaz e foi definido como à maneira como as pessoas buscam e demonstram significado e a maneira como expressão a conexão com o que é sagrado, o transcendente. A espiritualidade pode ou não estar associada a uma determinada religião que em contrapartida é mais formalizada e limitada àquelas crenças específicas, práticas e rituais relacionados ao divino. Não sendo considerado representativo para o Enfrentamento ineficaz, defende-se a ideia que esse fenômeno independe da espiritualidade para sua manifestação. Então, recomenda-se a exclusão desse elemento da estrutura inicialmente proposta para o DE.

Já em relação a Incapacidade de conservar energias adaptativas, termo esse trazido pela NANDA-I e definido aqui como, não consegue manter o fluxo vital de energia humana que costuma ser um todo contínuo único, dinâmico, criativo e não linear. De acordo com os juízes esse termo não representa um elemento focal para o Enfrentamento ineficaz, uma vez que esse fenômeno pode estar presente em qualquer momento, sem representar uma manifestação antecedente ao DE.

Tabela 5 - Valores de diferentes índices de validade de avaliação do conteúdo referentes a fatores relacionados. Fortaleza, Ceará, 2024.

Fatores	M _p			IC95%			Md _p			IC95%			V	IC95%			Md	IC95%			CVC	IC95%			DCV	IC95%			IVC	IC95%			RVC	IC95%		
FR1	0,88	0,82	0,94	1,00	0,98	1,00	0,87	0,80	0,93	1,00	1,00	1,00	0,87	0,80	0,93	0,91	0,87	0,95	0,96	0,87	1,00	0,84	0,71	0,93												
FR2	0,84	0,78	0,90	1,00	0,80	1,00	0,81	0,75	0,88	1,00	0,75	1,00	0,81	0,75	0,88	0,87	0,81	0,93	0,96	0,87	1,00	0,78	0,65	0,89												
FR3	0,84	0,78	0,90	0,75	0,51	0,99	0,81	0,75	0,87	0,75	0,75	1,00	0,81	0,75	0,87	0,86	0,80	0,92	0,94	0,84	0,99	0,84	0,71	0,93												
FR4	0,77	0,69	0,85	0,75	0,51	0,99	0,75	0,68	0,83	0,75	0,75	1,00	0,75	0,68	0,83	0,83	0,77	0,89	0,90	0,79	0,97	0,69	0,54	0,81												
FR5	0,79	0,71	0,87	0,75	0,51	0,99	0,78	0,71	0,85	0,75	0,75	1,00	0,78	0,71	0,85	0,84	0,78	0,90	0,92	0,81	0,98	0,73	0,58	0,84												
FR6	0,83	0,77	0,89	1,00	0,80	1,00	0,82	0,75	0,88	1,00	0,75	1,00	0,82	0,75	0,88	0,87	0,81	0,93	0,92	0,81	0,98	0,82	0,69	0,92												
FR7	0,63	0,55	0,71	0,50	0,24	0,76	0,61	0,53	0,69	0,50	0,50	0,75	0,61	0,53	0,69	0,70	0,64	0,76	0,82	0,69	0,92	0,47	0,33	0,62												
FR8	0,64	0,56	0,72	0,50	0,26	0,74	0,61	0,52	0,70	0,50	0,50	0,75	0,61	0,52	0,70	0,72	0,64	0,80	0,80	0,67	0,90	0,43	0,29	0,58												
FR9	0,82	0,76	0,88	1,00	0,76	1,00	0,83	0,77	0,90	1,00	0,75	1,00	0,83	0,77	0,90	0,88	0,84	0,92	0,96	0,87	1,00	0,86	0,74	0,94												
FR10	0,80	0,74	0,86	0,75	0,53	0,97	0,80	0,73	0,87	0,75	0,75	1,00	0,80	0,73	0,87	0,85	0,79	0,91	0,94	0,84	0,99	0,80	0,67	0,90												
FR11	0,87	0,81	0,93	1,00	0,92	1,00	0,88	0,83	0,93	1,00	1,00	1,00	0,88	0,83	0,93	0,91	0,87	0,95	1,00	0,93	1,00	0,86	0,74	0,94												
FR12	0,87	0,81	0,93	1,00	0,92	1,00	0,88	0,83	0,94	1,00	1,00	1,00	0,88	0,83	0,94	0,91	0,87	0,95	0,98	0,90	1,00	0,88	0,76	0,96												
FR13	0,90	0,86	0,94	1,00	0,98	1,00	0,90	0,85	0,95	1,00	1,00	1,00	0,90	0,85	0,95	0,93	0,89	0,97	0,98	0,90	1,00	0,90	0,79	0,97												

Fonte: Elaborada pela autora.

Legenda: 1) Média ponderada pelo nível de expertise (M_p); 2) Mediana ponderada pelo nível de expertise (Md_p); 3) V de Aiken; 4) Mediana da atribuições; 5) Coeficiente de validade de conteúdo (CVC) de Hernández-Nieto; 6) Índice de validade de conteúdo diagnóstico (DCV) de Fehring; 7) Índice de validade de conteúdo (IVC) adaptado da proposta de Lynn, na qual foram colapsadas as três últimas categorias para representar a relevância do item; e 8) Razão de validade de conteúdo (RVC) adaptado da proposta de Lawshe, na qual foram colapsadas as duas última categorias de avaliação. FR1 Alto grau de ameaça, FR 2 Avaliação imprecisa de ameaças, FR 3 Baixa autoestima crônica, FR 4 Baixa escolaridade, FR 5 Baixo nível de renda, FR 6 Crise situacional, FR 7 Espiritualidade prejudicada, FR 8 Incapacidade de conservar energias adaptativas, FR 9 Isolamento social, FR 10 Preparação inadequada para estressor, FR 11 Recursos de saúde inadequado, FR 12 Suporte profissional inadequado, FR13 Suporte social inadequado.

Já em relação à confiabilidade, como mostra a tabela 6 as análises dos juízes apresentaram alta consistência interna indicando uma tendência a avaliação similar dos itens por cada juiz. Além disso, também se observa concordância moderada entre os avaliadores em relação a avaliação de cada item. Estes valores apresentaram pequena melhora após a exclusão dos itens que apresentaram valores inferiores ao ponto de corte adotado.

Tabela 6 - Coeficientes de confiabilidade das avaliações para fatores relacionados. Fortaleza, Ceará, 2024.

Secura, 2024.			
Coeficiente	Estimativa	IC95%	
1. Todos os itens			
Alpha de Cronbach	0,93	0,89	0,95
Ômega de McDonald	0,92	0,82	0,96
Estatística S*	0,61	0,58	0,65
Alpha de Krippendorff*	0,66	0,61	0,71
Kappa de Fleiss*	0,66	0,61	0,71
2. Após exclusão de itens			
Alpha de Cronbach	0,93	0,90	0,96
Ômega de McDonald	0,93	0,85	0,96
Estatística S*	0,63	0,60	0,66
Alpha de Krippendorff*	0,69	0,63	0,74
Kappa de Fleiss*	0,69	0,63	0,74

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: *Valores transformados por normalização Min-Max

Por fim, na tabela 7, apresenta o desempenho global dos itens retidos mostra alta dependabilidade em relação ao constructo que se pretende avaliar, ou seja, o conjunto de itens retidos representa adequadamente o conjunto de causas de Enfrentamento ineficaz na visão do conjunto de avaliadores. Neste caso, pode-se dizer que aquele conjunto é altamente representativo da etiologia do diagnóstico.

Tabela 7 - Análise de generalizabilidade dos fatores relacionados retidos conforme análise dos experts. Fortaleza, Ceará, 2024.

Facetas	gl	SQ	QM	Var	F	Valor p
Expert	50	16,47	0,33	0,028	14,42	<0,001
Item	10	1,07	0,11	0,002	4,67	<0,001
Resíduos	500	11,42	0,02	0,023		
Coeficientes de Generalizabilidade						
Er_d^2 : 0,93		r_D^2 : 0,93		$F(I)_{0,85}$: 0,93		

Legenda: Er_d^2 : Coeficiente de generalizabilidade para erro relativo; r_D^2 : Índice geral de dependabilidade; $F(I)_{0,85}$: Índice de dependabilidade para ponto de corte 0,85.

3.4 Análise das características definidoras pelos juízes para o Enfrentamento Ineficaz

A análise das características definidoras atribuída pelo grupo de avaliadores a cada um dos elementos está disposta na tabela 8. Assim, a avaliação dos elementos pelos juízes indica uma assimetria a esquerda, na qual mostra a leptocurtose, pois todos os elementos têm valores abaixo de -1. Em relação a curtose apresenta platicurtose, uma curva mais achatada, havendo uma variação nas respostas dos juízes. E apenas um elemento, a atenção alterada apresenta um valor $p = 0,191$.

Tabela 8 - Medidas de assimetria e curtose das atribuições dadas por avaliadores às características definidoras e teste de aderência à normalidade dos resíduos destas atribuições. Fortaleza, Ceará, 2024.

Características definidoras	Assimetria	IC95%		Curtose	IC95%		Valor p*
1. Ansiedade	-1,80	-2,74	-1,14	5,25	2,90	10,36	<0,001
2. Atenção alterada	-0,58	-1,16	-0,15	2,18	1,53	3,61	0,191
3. Baixa tolerância as frustrações	-0,77	-1,40	-0,29	3,10	2,07	5,50	0,020
4. Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel	-1,04	-1,64	-0,57	3,36	2,24	5,60	0,005
5. Capacidade prejudicada de pedir ajuda	-1,18	-1,94	-0,72	3,25	2,29	5,85	<0,001
6. Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas	-1,45	-2,24	-0,92	4,47	2,72	8,08	<0,001
7. Capacidade prejudicada de seguir informações	-0,81	-1,29	-0,39	2,78	1,93	4,13	0,053
8. Comportamento autolesivo	-1,84	-3,11	-1,16	6,29	3,46	14,50	<0,001
9. Comportamento de assumir riscos	-0,95	-1,64	-0,48	2,82	1,82	5,22	0,021
10. Comportamento destrutivo em relação aos outros	-0,82	-1,42	-0,34	2,34	1,58	4,12	0,053
11. Déficit nas habilidades sociais	-1,39	-2,05	-0,85	3,86	2,32	6,66	<0,001
12. Fadiga	-1,36	-2,24	-0,81	4,57	2,77	9,18	<0,001
13. Insônia	-1,41	-2,23	-0,87	4,38	2,68	8,39	<0,001
14. Padrão de comunicação alterado	-1,23	-2,01	-0,71	3,59	2,26	7,22	<0,001
15. Relata o ciclo de sono-vigília alterado	-1,03	-1,65	-0,57	3,14	2,08	5,45	0,015
16. Relata sensação inadequada de controle	-1,05	-1,73	-0,56	2,98	1,90	5,09	0,002
17. Resolução inadequada de problemas	-0,94	-1,60	-0,36	2,14	1,31	3,91	<0,001
18. Responsividade afetiva alterada	-1,01	-1,63	-0,53	2,86	1,93	4,89	0,007
19. Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta	-1,01	-1,57	-0,54	2,98	1,93	4,99	0,002
20. Sintomas depressivos	-2,77	-4,94	-1,65	12,40	5,41	31,96	<0,001
21. Sobrecarga de estresse	-2,66	-4,60	-1,66	11,18	5,30	29,24	<0,001
22. Uso de substâncias psicoativas	-1,57	-2,81	-0,81	5,71	2,44	13,84	<0,001
23. Uso problemático de álcool	-1,64	-2,39	-1,11	5,11	2,95	8,97	<0,001

Fonte: elaborada pela autora. Legenda: *Teste robusto de Jarque-Bera

Da mesma forma que para os elementos antecedentes, para as características definidoras oito diferentes índices de agregação com seus respectivos intervalos de confiança são apresentados para avaliação da relevância de cada item em relação ao diagnóstico de Enfrentamento ineficaz. Dessa forma, das 23 características definidoras, 20 delas apresentaram relevância quanto ao diagnóstico Enfrentamento ineficaz, enquanto três delas, Baixa tolerância as frustrações, Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel e Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta elementos da NANDA-I não apresentaram valores estatisticamente significantes para o fenômeno. Desse modo, este estudo, de acordo com a análise desse grupo de avaliadores, recomenda a exclusão desses elementos da estrutura inicialmente proposta para o DE Enfrentamento ineficaz.

Tabela 9 - Valores de diferentes índices de validade de avaliação do conteúdo referentes a características definidoras. Fortaleza, Ceará, 2024.

Variáveis	Mp	IC95%	Mdp	IC95%	V	IC95%	Md	IC95%	CVC	IC95%	DCV	IC95%	IVC	IC95%	RVC	IC95%
CD1	0,87	0,79 0,95	1,00	1,00 1,00	0,84	0,77 0,92	1,00	1,00 1,00	0,84	0,77 0,92	0,91	0,85 0,97	0,90	0,79 0,97	0,84	0,71 0,93
CD2	0,81	0,75 0,87	0,75	0,51 0,99	0,80	0,74 0,86	0,75	0,75 1,00	0,80	0,74 0,86	0,84	0,78 0,90	0,98	0,90 1,00	0,76	0,63 0,87
CD3	0,75	0,69 0,81	0,75	0,65 0,85	0,74	0,67 0,81	0,75	0,75 0,75	0,74	0,67 0,81	0,80	0,74 0,86	0,92	0,81 0,98	0,71	0,56 0,83
CD4	0,76	0,68 0,84	0,75	0,53 0,97	0,76	0,68 0,84	0,75	0,75 1,00	0,76	0,68 0,84	0,83	0,77 0,89	0,90	0,79 0,97	0,73	0,58 0,84
CD5	0,90	0,86 0,94	1,00	0,96 1,00	0,89	0,85 0,94	1,00	1,00 1,00	0,89	0,85 0,94	0,91	0,87 0,95	1,00	0,93 1,00	0,92	0,81 0,98
CD6	0,86	0,80 0,92	1,00	0,88 1,00	0,86	0,81 0,92	1,00	0,75 1,00	0,86	0,81 0,92	0,90	0,86 0,94	0,96	0,87 1,00	0,88	0,76 0,96
CD7	0,80	0,74 0,86	0,75	0,55 0,95	0,79	0,73 0,85	0,75	0,75 1,00	0,79	0,73 0,85	0,84	0,78 0,90	0,94	0,84 0,99	0,78	0,65 0,89
CD8	0,87	0,81 0,93	1,00	0,98 1,00	0,86	0,80 0,93	1,00	1,00 1,00	0,86	0,80 0,93	0,91	0,87 0,95	0,96	0,87 1,00	0,86	0,74 0,94
CD9	0,84	0,78 0,90	1,00	0,82 1,00	0,84	0,78 0,90	1,00	0,75 1,00	0,84	0,78 0,90	0,88	0,82 0,94	0,98	0,90 1,00	0,82	0,69 0,92
CD10	0,82	0,76 0,88	1,00	0,80 1,00	0,81	0,75 0,88	1,00	0,75 1,00	0,81	0,75 0,88	0,86	0,80 0,92	0,96	0,87 1,00	0,75	0,60 0,86
CD11	0,85	0,79 0,91	1,00	0,88 1,00	0,84	0,78 0,91	1,00	0,75 1,00	0,84	0,78 0,91	0,89	0,83 0,95	0,92	0,81 0,98	0,84	0,71 0,93
CD12	0,81	0,75 0,87	1,00	0,76 1,00	0,81	0,75 0,88	1,00	0,75 1,00	0,81	0,75 0,88	0,87	0,81 0,93	0,94	0,84 0,99	0,82	0,69 0,92
CD13	0,83	0,77 0,89	1,00	0,82 1,00	0,82	0,75 0,89	1,00	0,75 1,00	0,82	0,75 0,89	0,88	0,82 0,94	0,92	0,81 0,98	0,82	0,69 0,92
CD14	0,87	0,81 0,93	1,00	0,92 1,00	0,86	0,81 0,92	1,00	0,75 1,00	0,86	0,81 0,92	0,90	0,86 0,94	0,98	0,90 1,00	0,86	0,74 0,94
CD15	0,84	0,78 0,90	1,00	0,78 1,00	0,83	0,77 0,89	1,00	0,75 1,00	0,83	0,77 0,89	0,87	0,81 0,93	0,96	0,87 1,00	0,82	0,69 0,92
CD16	0,85	0,79 0,91	1,00	0,92 1,00	0,83	0,77 0,90	1,00	0,75 1,00	0,83	0,77 0,90	0,88	0,82 0,94	0,96	0,87 1,00	0,80	0,67 0,90
CD17	0,87	0,81 0,93	1,00	0,98 1,00	0,86	0,80 0,92	1,00	1,00 1,00	0,86	0,80 0,92	0,90	0,84 0,96	1,00	0,93 1,00	0,78	0,65 0,89
CD18	0,82	0,76 0,88	1,00	0,80 1,00	0,82	0,75 0,88	1,00	0,75 1,00	0,82	0,75 0,88	0,87	0,81 0,93	0,94	0,84 0,99	0,78	0,65 0,89
CD19	0,75	0,67 0,83	0,75	0,57 0,93	0,75	0,66 0,83	0,75	0,75 1,00	0,75	0,66 0,83	0,83	0,77 0,89	0,84	0,71 0,93	0,75	0,60 0,86
CD20	0,92	0,88 0,96	1,00	1,00 1,00	0,91	0,85 0,96	1,00	1,00 1,00	0,91	0,85 0,96	0,94	0,90 0,98	0,98	0,90 1,00	0,94	0,84 0,99
CD21	0,92	0,88 0,96	1,00	1,00 1,00	0,91	0,85 0,96	1,00	1,00 1,00	0,91	0,85 0,96	0,94	0,90 0,98	0,98	0,90 1,00	0,92	0,81 0,98
CD22	0,85	0,79 0,91	1,00	0,84 1,00	0,85	0,79 0,91	1,00	0,75 1,00	0,85	0,79 0,91	0,89	0,85 0,93	0,98	0,90 1,00	0,84	0,71 0,93
CD23	0,80	0,72 0,88	1,00	0,78 1,00	0,81	0,73 0,89	1,00	0,75 1,00	0,81	0,73 0,89	0,88	0,82 0,94	0,92	0,81 0,98	0,82	0,69 0,92

Legenda: 1) Média ponderada pelo nível de expertise (M_p); 2) Mediana ponderada pelo nível de expertise (M_{dp}); 3) V de Aiken; 4) Mediana da atribuições; 5) Coeficiente de validade de conteúdo (CVC) de Hernández-Nieto; 6) Índice de validade de conteúdo diagnóstico (DCV) de Fehring; 7) Índice de validade de conteúdo (IVC) adaptado da proposta de Lynn, na qual foram colapsadas as três últimas categorias para representar a relevância do item; e 8) Razão de validade de conteúdo (RVC) adaptado da proposta de Lawshe, na qual foram colapsadas as duas últimas categorias de avaliação. CD1 Ansiedade; CD2 Atenção alterada; CD3 Baixa tolerância as frustrações; CD4 Capacidade

prejudicada de atender as expectativas do papel; CD5 Capacidade prejudicada de pedir ajuda; CD6 Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas; CD7 Capacidade prejudicada de seguir informações; CD8 Comportamento autolesivo; CD9 Comportamento de assumir riscos; CD10 Comportamento destrutivo em relação aos outros; CD11 Déficit nas habilidades sociais; CD12 Fadiga; CD13 Insônia; CD14 Padrão de comunicação alterado; CD15 Relata o ciclo de sono-vigília alterado; CD16 Relata sensação inadequada de controle; CD17 Resolução inadequada de problemas; CD18 Responsividade afetiva alterada; CD19 Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta; CD20 Sintomas depressivos; CD21 Sobrecarga de estresse; CD22 Uso de substâncias psicoativas; CD23 Uso problemático de álcool.

Para as características definidoras, cinco coeficientes de confiabilidade são apresentados na tabela 10 para o conjunto de avaliações que incluía todos os itens avaliados e para o conjunto de itens retidos após as exclusões segundo o critério adotado. Contudo, as avaliações dos juízes evidenciam alta consistência interna indicando uma tendência a análise semelhante dos itens por cada juiz. Além disso, também se observa uma concordância moderada entre os avaliadores em relação a avaliação de cada item. Estes valores apresentaram pequena melhora após a exclusão dos itens que apresentaram valores inferiores ao ponto de corte adotado.

Tabela 10 - Coeficientes de confiabilidade das avaliações para características definidoras. Fortaleza, Ceará, 2024.

Coeficiente	Estimativa	IC95%	
1. Todos os itens			
Alpha de Cronbach	0,96	0,94	0,97
Ômega de McDonald	0,96	0,92	0,98
Estatística S*	0,63	0,61	0,65
Alpha de Krippendorff*	0,70	0,65	0,75
Kappa de Fleiss*	0,70	0,64	0,75
2. Após exclusões de itens			
Alpha de Cronbach	0,96	0,94	0,97
Ômega de McDonald	0,96	0,92	0,98
Estatística S*	0,64	0,62	0,66
Alpha de Krippendorff*	0,71	0,65	0,76
Kappa de Fleiss*	0,71	0,65	0,77

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: *Valores transformados por normalização Min-Max

Por fim, na tabela 11 a avaliação de validade de conteúdo global para as características definidoras foi procedida com base na teoria da generalizabilidade, representatividade do conjunto de itens. O desempenho global dos itens retidos mostra alta dependabilidade em relação ao constructo que se pretende avaliar, ou seja, o conjunto de itens retidos representa adequadamente o domínio de comportamento de Enfrentamento ineficaz na visão do conjunto de avaliadores. Neste caso, pode-se dizer que aquele conjunto é altamente representativo como manifestações do diagnóstico. Por fim, pode-se concluir que esse conjunto de CD é altamente representativos da estrutura clínica do diagnóstico Enfrentamento ineficaz em Mulheres que vivenciaram a violência doméstica. Para o índice da esquerda, a única diferença é que estas interpretações podem ser feitas considerando o ponto de corte de 0,85 como representativo da validade de conteúdo diagnóstico.

Tabela 11 - Análise de generalizabilidade das características definidoras retidas conforme análise dos experts. Fortaleza, Ceará, 2024.

Facetas	gl	SQ	QM	Var	F	Valor p
Expert	50	27,61	0,55	0,026	14,42	<0,001
Item	19	1,08	0,06	0,001	4,67	<0,001
Resíduos	950	21,78	0,02	0,023		
Coefficientes de Generalizabilidade						
Er_d^2 : 0,96		r_D^2 : 0,96		$F(I)_{0,85}$: 0,96		

Fonte: elaborada pela autora.

Legenda: Er_d^2 : Coeficiente de generalizabilidade para erro relativo; r_D^2 : Índice geral de dependabilidade; $F(I)_{0,85}$: Índice de dependabilidade para ponto de corte 0,85.

Por fim, o quadro 6, apresenta o resultado da análise desse estudo, e traz uma sugestão para a nova composição do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz para mulheres que vivenciaram a violência doméstica.

Quadro 5 - Composição do diagnóstico de enfermagem enfrentamento ineficaz em mulheres que vivenciaram a violência doméstica. Fortaleza, Ceará, 2024.

Diagnóstico de Enfermagem
Enfrentamento ineficaz em mulheres que vivenciaram a violência doméstica
Definição “Adaptação inadequada aos estressores, com falha nos esforços biopsicossociais e dificuldade de gerenciar as demandas relacionadas ao bem-estar”
Características definidoras Ansiedade Atenção alterada Capacidade prejudicada de pedir ajuda Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas Capacidade prejudicada de seguir informações Comportamento autolesivo Comportamento de assumir riscos Comportamento destrutivo em relação aos outros Déficit nas habilidades sociais Fadiga Insônia Padrão de comunicação alterado Relata o ciclo de sono-vigília alterado Relata sensação inadequada de controle Resolução inadequada de problemas Responsividade afetiva alterada Sintomas depressivos Sobrecarga de estresse Uso de substâncias psicoativas Uso problemático de álcool

Fatores relacionados

Alto grau de ameaça
Avaliação imprecisa de ameaças
Baixa autoestima crônica
Baixa escolaridade
Baixo nível de renda
Crise situaconal
Isolamento social
Preparação para estressor inadequada
Recursos de saúde inadequados
Suporte profissional inadequado
Suporte social inadequado

Fonte: elaborado pela autora.

4 DISCUSSÃO

4.1 O perfil dos juízes avaliadores

Os critérios para seleção dos juízes determinados neste estudo considera a experiência acadêmica e profissional. Além disso, outros profissionais, além dos enfermeiros foram incluídos neste estudo, trazendo uma certa dificuldade quanto ao retorno do material. Visto que, a contribuição multiprofissional fazia-se importante para o estudo, pois considera um grupo de profissionais que realizam atendimento as mulheres que vivenciam a violência doméstica (Benner, Tanner E Chesla, 2009).

Desta forma, houve uma certa dificuldade na coleta dos dados, pois muitos juízes selecionados se recusavam a responder justificando ser uma fenomeno da enfermagem, embora o estudo deixasse bem claro que esse fenômeno poderia ser observado independente de ser visto pelo profissional enfermeiro. Essa dificuldade no retorno do material foi identificada em outros estudos de validação de conteúdo diagnóstico (Ferreira, 2017; Diniz, 2017; Souza *et al*, 2021).

Vários autores justificam o porque de haver uma determinada dificuldade em conseguir uma quantidade satisfatória de materiais respondidos, devido à escassez de profissionais com certo grau de conhecimento diante da temática de Diagnósticos de Enfermagem, Enfrentamento ineficaz e violência doméstica, assim como a falta de disponibilidade de tempo perante os juízes de acordo com seus compromissos profissionais. Assim, a literatura aponta para a falta de consenso quanto aos critérios de seleção para juízes como sendo mais um possível obstáculo em estudos de análise do conteúdo de um diagnóstico (Galdeano; Rossi, 2006; Carvalho *et al.*, 2008; Lopes; Silva; Araújo, 2012; Diniz, 2017).

É importante trazer aqui quanto o uso de diagnósticos de enfermagem na prática profissional, mesmo a maior parte da amostra sendo composta por enfermeiros, contudo, apenas um afirmou ter feito trabalhos sobre o DE enfrentamento ineficaz e Trabalho sobre DE Enfrentamento ineficaz no contexto da violência doméstica, por outro lado, muitos ja utilizou diagnósticos de forma geral na assistência.

Por fim, destaca-se a relevância de grupos diferenciados de profissionais convidados (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais e direito), uma vez que abordam o aspecto necessário da sabedoria coletiva e do teorema da diversidade preditiva ao possibilitarem discussões e sugestões quanto aos elementos destacados pela TSE e pela NANDA-I por meio de suas experiências acadêmica e prática envolvendo diagnósticos de enfermagem e situações da Violência doméstica.

4.2 Análise da definição da NANDA-I para a Enfrentamento Ineficaz

Em relação aos elementos da TSE e da NANDA-I apresentados aos juízes para análise teve uma composição satisfatória, onde os resultados mostraram que tanto os elementos antecedentes como os consequentes eram representativos do diagnóstico estudado. Já com relação a concordância dos juízes com a definição da NANDA-I (2021-2023) apresentada os resultados evidenciaram concordância quanto a definição apresentada. Todavia, alguns relataram que era uma definição confusa e que precisaria de uma adequação. Neste estudo, será apresentado uma sugestão para a nova definição e também sugere-se que novos estudos sejam feitos, tanto para adequação da definição para a NANDA-I como também podem ser apresentados outros elementos que representem o fenômeno. A tabela 12 apresenta uma definição melhorada conforme as sugestões realizadas pelos juízes.

4.3 Análise dos fatores etiológicos do Enfrentamento Ineficaz

Os juízes analisaram os fatores etiológicos, que neste estudo foram apresentados como estímulos contextuais e residuais de acordo com MAR do “Enfrentamento Ineficaz”, bem como foi apresentado as suas definições conceituais e operacionais para esclarecer os termos. Os antecedentes correspondem aos estímulos do MAR e aos fatores relacionados conforme a taxonomia da NANDA-I.

Na avaliação dos juízes, foi evidenciado que apenas os estímulo contextuais “espiritualidade prejudicada” e Incapacidade de conservar energias adaptativas” não foram considerados relevante para o diagnóstico em estudo, embora a literatura apresente uma relação desses antecedentes com estilos de enfrentamento (Correa *et al.*, 2017; Silva; Paulino; Silva, 2023).

Para Forti, Serbena, Scaduto (2020) a Espiritualidade possui ligações significativas com a manifestação do diagnóstico, na terapêutica e tem grande potencial para o entendimento de processos específicos como as estratégias de enfrentamento, a tendência de buscar razões por trás de uma experiência, entre outros. Alicerçado nessas premissas, a Espiritualidade contribui para a preparação da mulher que sofre violência doméstica a atribuir um novo sentido à vida e leva a um aumento da motivação para superação. Mulheres com elevada espiritualidade podem apresentar melhor bem-estar, maior rede de apoio, redução nas taxas de depressão, ansiedade, insônia, fadiga, uso e abuso de substâncias psicoativas e comportamento autolesivo.

Destarte, para alguns profissionais da saúde que definem a espiritualidade como fator negativo, com isso as mulheres não vêm a necessidade de buscar ajuda. De acordo com o estudo de Trindade et al (2022) o estímulo espiritual pode ser negativo quando não soma benefícios no processo de ajuda a mulher, legitimando a ideia, Thiengo et al. (2019) sugere que há situações em que a espiritualidade pode piorar no atendimento a mulher por propiciar o não enfrentamento da situação e gerar um afastamento dela dos serviços de saúde e de apoio. A espiritualidade pode se tornar um fator negativo a partir do momento em que a mulher não quer buscar ajuda e seus familiares se sentem impotentes, pois a vêm diante de um conflito pessoal frente a situação da violência doméstica (Andrade; Cedaro; Batista, 2018).

Por outro lado, no estudo de Maffei; Marcos; Paludo (2020) trouxe que as mulheres buscam a fé como estratégia de enfrentamento, nos momentos que se deparam com grandes dificuldades e conseqüentemente lutam para recuperar o equilíbrio emocional e psicológico. Contudo, elas podem procurar ajuda através da espiritualidade para ajudá-las, podendo recorrer a uma variedade de práticas religiosas. Em situações estressantes, a religião pode proporcionar às mulheres um sentimento de pertencimento, conexão e identidade. A espiritualidade pode proporcionar maior aceitação, determinação e adaptação a situações difíceis de vida. Mesmo assim, para este estudo este fator não será considerado para a composição do diagnóstico, uma vez que a literatura apresenta posições distintas e os juízes avaliaram o termo como não relevante.

Quanto ao fator Incapacidade de conservar energias adaptativas, foi definido aqui nesse estudo por não conseguir manter o fluxo vital de energia humana que costuma ser um todo contínuo único, dinâmico, criativo e não linear. Esse estímulo contextual faz parte dos elementos da NANDA-I, como fator relacionado ao enfrentamento ineficaz e não houve evidência científica que comprovasse a sua relação para o enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica, como também não foi possível identificar estudos que o abordassem de forma contraditória a um fator relacionado. Desse modo, considera-se como um fator que não fará parte da estrutura diagnóstica salvo as considerações realizadas pelos juízes durante a análise de conteúdo. (Herdman; Kamitsuru, 2021).

A TSE possibilitou a inclusão de novos fatores etiológicos propostos aqui como estímulos contextuais e residuais ao enfrentamento ineficaz, assim como propôs uma melhor definição a NANDA-I quanto ao termo usado na classificação ser um pouco confuso, como foi apontado pelos juízes. Quanto aos outros termos incluídos na TSE já usados pela NANDA-I foram validados com êxito pelos juízes.

4.4 Análise dos indicadores clínicos do Enfrentamento Ineficaz

Dentre os comportamentos excluídos que foram elencados pela TSE estão: Baixa tolerância as frustrações, Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel e Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta, todos são elementos da NANDA-I e não apresentaram valores estatisticamente significativos para o enfrentamento ineficaz em mulheres que vivenciaram a violência doméstica, foram visualizadas como não correlacionadas na manifestação em si do diagnóstico e por isso foram retirados pela avaliação do juízes nesse estudo.

Quanto aos indicadores clínicos excluídos pertencentes à atual composição da NANDA-I: Baixa tolerância as frustrações, Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel e Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta, não foram encontrados estudos que pudessem evidenciar sua correlação para com a Violência doméstica em mulheres.

Todavia, aqui no estudo a baixa tolerância a frustrações é definida como baixo nível de capacidade de suportar aquele conjunto de eventos ou circunstâncias que podem ser frustrantes, como um sentimento, uma emoção que ocorre quando algo que era esperado não aconteceu. Também pode ser uma sensação de incapacidade diante dos obstáculos e que impedem a mulher de chegar aonde ela deseja. Sendo assim, há um desequilíbrio entre aquilo que se planejou alcançar e o que realmente aconteceu, ocorre a baixa tolerância às frustrações (Rossi; Camargos, 2020).

Destarte, alguns estudos que abordam a violência contra a mulher e/ou a violência doméstica citam questões relacionadas as frustrações, sobre dificuldades financeiras na mulher, sendo atrelada ao baixo nível de renda que é um elemento que compõe o DE, aparece também a frustração relacionada a busca nos serviços de atendimento, em outros estudos, são apontados como manifestações dos profissionais no atendimento as mulheres e por fim estudos mostram a frustração presente no agressor. Contudo, não foi encontrado estudos de mulheres que sofreram a violência e manifestaram este comportamento (Lima *et al.*, 2013; Aguiar; D'oliveira; Schraiber, 2005; Bearzi *et al.*, 2020; Rodrigues *et al.*, 2024; Vieira; Hasse, 2016; Begnini *et al.*, 2022; Segal; Faler., 2024).

Desse modo, a capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel, definida aqui pela incapacidade da mulher de exercer o seu papel social, não ao papel imposto, mas ao que ela almejava para a vida dela (Esteves; Galvan, 2006; Lindner *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2021). Não há estudos que relatem a manifestação em mulheres que sofreram violência

domésticas, porém, um estudo realizado por Brito, Eulálio e Junior (2020) apresenta alguns sintomas relacionados a capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel de forma que esses sintomas têm relação direta com esse fator.

Contudo, o seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta define-se pela dificuldade de estabelecer e seguir metas que em geral elas fazem parte de um objetivo maior (Moreira; Boris; Venancio, 2011). Não houve estudo diretamente sobre, mas muitos estudos que apontam para a presença de transtorno mental comum, apresentam algumas dificuldades da mulher em relação a sua perspectiva de vida e as dificuldades que ela tem de se estabelecer socialmente (Brito; Eulálio; Junior, 2020).

Portanto, mediante aos fatores relacionados e as características definidoras considerados relevantes nesta etapa, de validação de conteúdo, é possível dizer que as mulheres que sofrem com a violência doméstica apresentam o DE Enfrentamento ineficaz, desse modo, compreende-se a necessidade de um trabalho multiprofissional para que se tenha melhores atendimento a essas mulheres e que estudos posteriores possam ser desenvolvidos para maior aprofundamento sobre o DE Enfrentamento ineficaz.

5. CONCLUSÃO

A validade de conteúdo do diagnóstico Enfrentamento ineficaz por meio da construção da revisão de escopo e da teoria da adaptação de Roy possibilitaram uma Teoria de Situação Específica que ampliou a identificação de elementos que podem ser considerados junto à composição do diagnóstico pela NANDA-I. Desta forma, os novos fatores etiológicos e indicadores clínicos possibilitaram uma nova inserção de elementos na estrutura diagnóstica, principalmente em casos perante uma violência doméstica.

Quanto à avaliação feita para os elementos já presentes na NANDA-I (2021- 2023), nota-se uma relevância da maioria dos fatores relacionados, tendo sido excluídos somente (Incapacidade de conservar energias adaptativas) e três características definidoras (Baixa tolerância as frustrações, Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel e Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta). Os demais elementos foram bem avaliados pelos juízes, assim as sugestões feitas ao longo das avaliações serão levadas em consideração para uma possível reformulação futura.

No que diz respeito a análise de conteúdo dos fatores etiológicos da TSE, dos 13 elementos identificados, 11 foram bem avaliados pelos juízes Alto grau de ameaça, Avaliação imprecisa de ameaças, Baixa autoestima crônica, Baixa escolaridade, Baixo nível de renda, Crise situacional, Isolamento social, Preparação para estressor inadequada, Recursos de saúde inadequados, Suporte profissional inadequado e Suporte social inadequado. Mesmo após a avaliação, foram realizadas algumas modificações perante os comentários desenvolvidos pelos juízes ao longo da análise.

Em relação aos indicadores clínicos da TSE, apenas tres não foram validados pelos juízes, os outros 21 apresentaram bons resultados de validade Ansiedade, Atenção alterada, Capacidade prejudicada de pedir ajuda, Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas, Capacidade prejudicada de seguir informações, Comportamento autolesivo, Comportamento de assumir riscos, Comportamento destrutivo em relação aos outros, Déficit nas habilidades sociais, Fadiga, Insônia, Padrão de comunicação alterado, Relata o ciclo de sono-vigília alterado, Relata sensação inadequada de controle, Resolução inadequada de problemas, Responsividade afetiva alterada, Sintomas depressivos, Sobrecarga de estresse, Uso de substâncias psicoativas e Uso problemático de álcool. As sugestões feitas foram consideradas e tais elementos serão considerados como essenciais para manifestação do DE enfrentamento ineficaz.

Por conseguinte, os resultados encontrados neste estudo evidenciam a necessidade

da adição de novos elementos ao diagnóstico Enfrentamento ineficaz e a exclusão de características e fatores não necessários no processo da cadeia causal e manifestação da enfrentamento ineficaz, no qual se aborda a importância das duas etapas desenvolvidas a fim de haver uma validação diagnóstica precisa e clara. Por fim, reconhece-se, a necessidade de novos estudos dessa natureza e que seja desenvolvida a terceira etapa da validação diagnóstica, a validade clínica, para que possa ser concluído o processo de validação do DE, de modo que o constructo se torne mais confiável para aplicação na prática profissional da enfermagem.

REFERENCIAS

- ADEODATO, Vanessa Gurgel et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de saúde Pública**, v. 39, p. 108-113, 2005.
- AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher—São Paulo, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190486, 2020.
- ALLIGOOD, Martha Raile. **Teoria de enfermagem: Utilização e aplicação**. Elsevier Health Sciences, 2013.
- ALVES, Maria Teresa Gonzaga; SOARES, José Francisco. Medidas de nível socioeconômico em pesquisas sociais: uma aplicação aos dados de uma pesquisa educacional. **Opinião Pública**, v. 15, p. 1-30, 2009.
- AMARALI, Juliana Bezerra; DE MENEZESII, Maria do Rosário; DE OLIVEIRAIV, Cíntia Maria Souza. A religiosidade e a espiritualidade como referências para o enfrentamento da violência doméstica contra idosos. 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- ANDRADE, Ozéas Miranda de; CEDARO, José Juliano; BATISTA, Eraldo Carlos. A família e o cuidado em saúde mental no contexto da religião pentecostal na Região Amazônica. **Barbarói**, p. 1-21, 2018.
- ARCOVERDE, Renata Lopes; SOARES, Lara Sá Leitão de Castro. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 25, p. 293-300, 2012.
- BASTOS, Norma Lopes de Magalhães Velasco; DOS SANTOS, Maria da Conceição Quirino; YARID, Sérgio Donha. Fatores associados à religiosidade/espiritualidade em pacientes no pré-operatório. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 13, n. Especial, p. 24-28, 2022.
- BEARZI, Paula Suséli Silva de et al. Trilhas para o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 3, p. e60162, 2020.
- BEGNINI, Marciele et al. A atuação do enfermeiro frente à violência contra a mulher na Atenção Primária em Saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 5, pág. e19911528054-e19911528054, 2022.
- BENNER, Patricia; TANNER, Christine A.; CHESLA, Catherine A. (Ed.). **Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement, and ethics (Perícia na prática de enfermagem: cuidado, julgamento clínico e ética)**. Springer Publishing Company, 2009.

BEZERRA, Patricia Araújo; NUNES, José Walter; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02661, 2021.

BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes et al. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 577-581, 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução 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 [Internet]. Brasília: Cofen; 2024: Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, p.xxx, x de agosto de 2006. Seção x.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** que revê a Resolução 196/96 e aprova novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS/MS, 2012.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência **contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres** - Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.

BRITO, Joana Christina de Souza; EULÁLIO, Maria do Carmo; JÚNIOR, Edivan Gonçalves da Silva. A presença de transtorno mental comum em mulheres em situação de violência doméstica. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 1, p. 198-220, 2020.

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

BUNTING, Sheila; CAMPBELL, Jacquelyn C. Feminismo e enfermagem: perspectivas históricas. **Advances in Nursing Science** , v. 12, n. 4, p. 11-24, 1990.

CARPINTEIRA, SF et al. Os modelos teóricos em serviços de enfermagem na visão de enfermeiros assistenciais: Um estudo exploratório. **Acc Cietna** , v. 2, n. 1, p. 69-83, 2014.

CASTRO, Natália Barreto. Acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem baixa autoestima crônica e baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido. 2017.

CASTRO, Nelimar Ribeiro de; RUEDA, Fabián Javier Marín; SISTO, Fermino Fernandes. Evidências de validade para o Teste de Atenção Alternada-TEALT. **Psicologia em Pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 40-49, 2010.

CAVALCANTE, J. B. O Tumblr da autolesão: abordagem etnográfica sobre o cutting numa rede sociotécnica. In: **I CONACSO-Congresso Nacional de Ciências Sociais**. Vitória-ES. 2015.

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Acesso em: 20 de JUNHO de 2023.

CELLA, David et al. O Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) desenvolveu e testou sua primeira onda de bancos de itens de resultados de saúde autorrelatados por adultos: 2005–2008. **Journal of clinical epidemiology**, v. 63, n. 11, p. 1179-1194, 2010.

CEPPI, Bruno; BENVENUTI, Marcelo. Análise funcional do comportamento autolesivo. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 38, p. 247-253, 2011.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). Atlas da violência 2023. Brasília: Ipea; FBSP, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2023> Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/250/atlas-da-violencia-2023>

CHAMAYOU, J.-L. e outros. Validação francesa de l'échelle de frustration et d'inconfort (Escala de Desconforto de Frustração). **L'encéphale**, v. 42, n. 4, pág. 325-332, 2016.

CHEN, Wei-Qing; WONG, Tze-Wai; YU, Tak-Sun. Influência do estresse ocupacional na saúde mental entre trabalhadores chineses de petróleo offshore. **Scandinavian journal of public health**, v. 37, n. 7, p. 766-773, 2009.

CHINN, P.L.; WHEELER, C.E. Feminismo e Enfermagem. **Nurs Outlook**, v.33, p. 74-77, 1985.

COELHO, Sônia Margarida Santos; MENDES, Isabel Margarida Dias Monteiro. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 845-850, 2011.

CORBIN, William R. et al. O papel das expectativas de álcool e do consumo de álcool entre universitárias sexualmente vitimizadas e não vitimizadas. **Journal of interpersonal violence**, v. 16, n. 4, p. 297-311, 2001.

CORREIA, Cairu Vieira; HOLANDA, Adriano Furtado; OLANDOSKI, Guilherme Previdi. Coping religioso/espiritual em profissionais da atenção à Saúde Mental do litoral do Paraná. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 6, n. 2, p. 15-30, 2017.

CORREIA, Luciana Leonetti; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Enxaqueca e estresse em mulheres no contexto da atenção primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, p. 145-152, 2014.

COSTA PADOVANI, Ricardo; SCHELINI, Patrícia Waltz; DE ALBUQUERQUE WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti. Inventário de Resolução de Problemas Sociais-Revisado: evidências de validade e precisão. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 8, n. 2, p. 267-276, 2009.

CUDJOE, Thomas KM et al. A epidemiologia do isolamento social: Estudo nacional de tendências de saúde e envelhecimento. **The Journals of Gerontology: Série B**, v. 75, n. 1, p. 107-113, 2020.

CURTIS, Sandra L. Women survivors of abuse and developmental trauma. 2012.
DE AZEVEDO LIMA, Vera Lucia; DA SILVA, Andrey Ferreira; DO ROSÁRIO, Elane Borges. Violência cometida contra mulheres: necessidades humanas básicas (NHB) e os cuidados de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 5, n. 3/4, p. 79-82, 2014.

DE LIMA VALE, Sâmia Larissa et al. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, p. 683-693, 2013.

DIAS, Ewerton Naves; PAIS-RIBEIRO, José Luís. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 55-66, 2019.

DIAS, Emerson Piantino; MOREIRA, Maria Ignez Costa. O enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito da estratégia de saúde da família. **Psicologia em Revista**, v. 26, n. 1, p. 187-207, 2020.

DINI, Gal et al. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2001.

DINIZ, Camila Maciel. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem padrão ineficaz de alimentação do lactente. 2017.

DUTRA, Maria de Lourdes et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1293-1304, 2013.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, n. 24, p. 127-135, 2006.

FACHADO, A. Alonso et al. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa questionário medical results study social support survey (MOS-SSS). **Acta Médica Portuguesa**, v. 6, pág. 525-34, 2007.

FAWCETT, Jacqueline. Teorias de enfermagem de médio alcance são necessárias para o avanço da disciplina. **Aquichan**, v. 5, n. 1, p. 32-43, 2005.

FEHRING, Richard. Métodos para validar diagnósticos de enfermagem. **Heart & Lung**, 1987.

FEITOSA, Francisca Evangelista Alves. Violência contra a mulher: Fragilidades e potencialidades da assistência de enfermagem na atenção primária. 2019. 60p. (enfermagem) URCA, Iguatu, 2019).

FORTI, Samanta; SERBENA, Carlos Augusto; SCADUTO, Alessandro Antonio. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1463-1474, 2020.

- FOSSOS, Nicole et al. Motivos de enfrentamento como mediadores da relação entre coerção sexual e problemas com bebida em estudantes universitários. **Addictive behaviors**, v. 36, n. 10, p. 1001-1007, 2011.
- FRANÇA, Michelline Santos de et al. Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e20170303, 2018.
- FREEMAN, Tatum E.; JORDAN, Hallie R.; MADSON, Michael B. Estilos de enfrentamento mediam a associação entre sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e resultados de álcool em estudantes universitários. **Substance Use & Misuse**, v. 55, n. 14, p. 2371-2378, 2020.
- FREIRE, Manoela Ávila et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 281-289, 2014.
- FREITA, Lucas Cordeiro et al. Comparando indicadores psicométricos de duas versões brasileiras do Social Skills Rating System: Uma revisão da literatura. **Psico-USF**, v. 21, p. 25-36, 2016.
- GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lúcia Aparecida. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-6, 2006.
- GARCIA, Telma Ribeiro. Sistematização da prática e processo de enfermagem: elementos estruturantes do saber e do fazer profissional. **história e teoria**, p. 11, 2020.
- GHANDOUR, Ahlam; DA COSTA PADOVANI, Ricardo; BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Habilidades de resolução de problemas e indicadores de bem-estar emocional em profissionais de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 239-255, 2014.
- GHISI, Ana Silvia Serrano; DE OLIVEIRA, Ana Claudia Delfini Capistrano; DE OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo. Políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres no marco dos 11 anos de Lei Maria da Penha. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 4, n. 2, p. 149-161, 2017.
- GOLDER, Seana et al. Sofrimento psicológico entre mulheres vitimizadas em liberdade condicional e condicional: Uma análise de classe latente. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 85, n. 4, p. 382, 2015.
- GORTNER, Susan R. A sintaxe da enfermagem revisitada: uma crítica de filosofias que dizem influenciar teorias de enfermagem. **International journal of nursing studies**, v. 30, n. 6, p. 477-488, 1993.
- GOUVEIA, Valdiney V. et al. Escala de atitudes frente ao uso de álcool: descrevendo seus parâmetros psicométricos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, p. 672-685, 2009.
- GUEDES, Rebeca Nunes et al. A violência conjugal sob o olhar de gênero: dominação e possibilidade de desconstrução do modelo idealizado hegemonicamente de casamento. **Braz on-line. j. enfermeiras.(Online)**, 2007.

GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 256-266, 2015.

HALL, Joanne M.; STEVENS, Patricia E.; MELEIS, Afaf Ibrahim. Marginalização: Um conceito orientador para valorizar a diversidade no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. **Advances in nursing science** , v. 16, n. 4, p. 23-41, 1994.

HAMILTON, MAX Desenvolvimento de uma escala de classificação para doença depressiva primária. **British journal of social and clinical psychology**, v. 6, n. 4, p. 278-296, 1967.

HARRINGTON, Neil. A escala de desconforto e frustração: Desenvolvimento e propriedades psicométricas. **Psicologia Clínica e Psicoterapia: Um Jornal Internacional de Teoria e Prática** , v. 12, n. 5, p. 374-387, 2005.

HEGARTY, Kelsey et al. Preditores físicos e sociais de abuso de parceiros em mulheres que frequentam clínica geral: um estudo transversal. **British journal of general practice**, v. 58, n. 552, p. 484-487, 2008.

HELLMUTH, Julianne C. et al. O papel mediador do enfrentamento de evitação entre vitimização de IPV, saúde mental e abuso de substâncias entre mulheres que sofrem de IPV bidirecional. **Pesquisa em psiquiatria**, v. 220, p. 391, 2014.

HERDMAN, T. Heather et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023. 2021.

HOLT-LUNSTAD, J. *et al.* Solidão e isolamento social como fatores de risco para mortalidade: uma revisão meta-analítica. **Perspectivas sobre a ciência psicológica**, v. 10, n. 2, pág. 227-237, 2015.

HOSKINS, L.M. Como validar estudos. IN: RANTZ, R.M., LeMONE, P. Classificação do diagnóstico de enfermagem: anais da décima segunda conferência. Glendale: Lippincott, 1997.

HOSKINS, Lois M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: **Johnson RMC. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the eighth Conference. Philadelphia: Lippincott.** 1989. p. 116-32.

IM, Eun-Ok; MELEIS, Afaf Ibrahim. Teorias específicas de situação: raízes filosóficas, propriedades e abordagem. **Advances in Nursing Science** , v. 22, n. 2, p. 11-24, 1999.

ISHIKAWA, Kaoru. Diagrama Causa-Efecto. **Recuperado el**, v. 15, 1943.

LAZARUS, Richard S. **Estresse, avaliação e enfrentamento** . Springer, 1984.

LEANDRO, Tânia Alteniza et al. Desenvolvimento das teorias de médio alcance em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** , v. 73, p. e20170893, 2020.

LIMA, Ingrid Andrade. **Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem enfrentamento ineficaz para pacientes oncológicos**. 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

LIMA, Jamile Santana et al. Autoestima e estratégias de enfrentamento de mulheres que sofrem violência doméstica: uma experiência de diagnóstico participativo. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 16, n. 24, p. 43-53, 2013.

LIMA, Vera Lucia et al. Necessidades humanas básicas comprometidas de mulheres vítimas de violência atendidas na delegacia especializada de atendimento a mulher. **Revista Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 366-378, 2015.

LINDNER, Sheila Rubia et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 815-826, 2015.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). **São Paulo: Casa do Psicólogo**, v. 76, p. 1632-1638, 2000.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DA SILVA, Viviane Martins; DE ARAUJO, Thelma Leite. Métodos para estabelecer a acurácia de indicadores clínicos na predição de diagnósticos de enfermagem. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins da; ARAUJO, Thelma Leite de. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 649-655, 2013.

LOPES; M.V.O.; SILVA, V.M.; HERDMAN, T.H. Causation and Validation of Nursing Diagnoses: A Middle Range Theory. **International Journal of Nursing Knowledge**. 2015.

LOPES, MV de O.; SILVA, VM da. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. **Herdman TH, organizator. PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem–Conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 87-132, 2016.

LOTZIN, Annett et al. Perfis de traumas na infância em mulheres com transtornos por uso de substâncias e transtornos de estresse pós-traumático comórbidos. **Frontiers in psychiatry**, v. 10, p. 674, 2019.

LUBBEN, James E. Assessing social networks among elderly populations. *Family & community health*, v. 11, n. 3, p. 42-52, 1988.

LUBBEN, James et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, v. 46, n. 4, p. 503-513, 2006.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Espiritualidade e saúde nos currículos das escolas médicas do Brasil. **BMC medical education**, v. 12, p. 1-8, 2012.

LUCENA, Kerle Oayana Tavares de et al. A abordagem de gênero no contexto do trabalho na ESF do município de João Pessoa (PB). *Saúde em Debate*, v. 86, pág. 456-466, 2010.

MAFFEI, Bruna; MARCOS, Cristiane Barros; PALUDO, Simone dos Santos. Motivações e expectativas de mulheres em situação de violência no momento da denúncia em uma delegacia especializada em atendimento à mulher. **Psicologia em Revista**, v. 26, n. 1, p. 165-186, 2020.

MAGALHÃES, Pethymã P.; MURTA, Sheila G. Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. **Temas em Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 28-37, 2003.

MALAGRIS, Lúcia Emmanoel Novaes; FIORITO, Aurineide Canuto Cabraíba. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 23, p. 391-398, 2006.

MANYEMA, M. et al. As associações entre violência interpessoal e sofrimento psicológico entre mulheres jovens rurais e urbanas na África do Sul. **Health & place**, v. 51, p. 97-106, 2018.

MARQUES, Luciana Fernandes; SARRIERA, Jorge Castellá; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): adaptação e validação da Escala de Bem-Estar Espiritual (SWS). **Avaliação Psicológica: Revista Interamericana de Avaliação Psicológica**, v. 2, pág. 179-186, 2009.

MARTINS, Aline Gomes; DO NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso. Violência doméstica, álcool e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 1, p. 107-121, 2017.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil–2014. **Revista Saúde em Foco (Rio de Janeiro)**, v. 1, n. 1, 2016.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. Artmed Editora, 2015.

MEDTLER, Jéssica; CÚNICO, Sabrina Daiana. Violência contra a mulher: onde começa e quando termina?. **Revista Pensando Famílias**, v. 26, n. 1, 2022.

MELEIS, A. I.; IM, E. From fragmentation to integration: Situation specific theories. **The Nursing Profession: Tomorrow's Vision**. Thousands Oaks, CA: Sage Publications, 2001.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Enfermagem teórica: Desenvolvimento e progresso**. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MELEIS, Afaf Ibrahim. Revisões no desenvolvimento do conhecimento: Uma paixão pela substância. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, v. 1, n. 1, p. 5-19, 1987.

MELEIS, Afaf Ibrahim. Uma paixão por fazer a diferença: ReVisions for empowerment. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, v. 12, n. 1, p. 87, 1998.

MELO, Marjorie Dantas Medeiros et al. Diagnóstico de enfermagem baixa autoestima situacional em pessoas com estomia: estudo de acurácia diagnóstica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03514, 2019.

MELO, Natália Wolmer de; SOUZA, Edvaldo; BARBOSA, Leopoldo. Competência moral e espiritualidade na educação médica: realidade ou desafio?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 43-52, 2016.

MELO, Renata Pereira et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 26, 2011.

MENZANI, Rosana Maria. Repercussões da violência de gênero: um estudo com base nas histórias de mulheres que buscaram ajuda. 2022.

MIHĂILĂ, Teodor. Escala de estresse percebido como preditor de comportamento profissional e aspectos de bem-estar. **Rom J. Cogn. Behav. Ther. Hypn**, v. 2, p. 1-14, 2015.

MIRANDA, Renata Sousa de. Tradução, adaptação, evidências de validade de construto e normas da Frustration Discomfort Scale (FDS) para uso no Brasil. 2021.

MITCHELL, Stephanie J. et al. Como a exposição à violência afeta a saúde psicológica e a parentalidade de jovens mães afro-americanas?. **Social Science & Medicine**, v. 70, n. 4, p. 526-533, 2010.

MOREIRA, Paulo AS et al. Compreendendo a experiência da psicopatologia após violência por parceiro íntimo: o papel da personalidade. **PeerJ**, v. 7, p. e6647, 2019.

MOREIRA, Virginia; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; VENÂNCIO, Nadja. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia & sociedade**, v. 23, p. 398-406, 2011.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Rev. Psiquiatr. Clín.(São Paulo)**, p. 262-72, 1998.

NETO, José Gallucci; JÚNIOR, Miguel Siqueira Campos; VON KRAKAUER HÜBNER, Carlos. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 3, n. 1, p. 10-14, 2001.

NETO, Silvio Beltramelli; ADÃO, Felipe da Silva Pinto. Para além do ir e vir: o conceito normativo brasileiro de trabalho escravo ante o direito comparado beyond coming and going: the brazilian legal definition of slave labor vis-à-vis the comparative law.

NETTO, de Albuquerque, Leônidas et al. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017.

NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de direito penal. 2014.

OLIVEIRA, Andrea Silveira Lourenço Aguiar de et al. Violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo: estudo transversal em uma área rural do Rio Grande do Sul, 2017. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 30, n. 4, p. e20201057, 2021.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes De et al. Prevenindo a violência por parceiro íntimo na adolescência: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 134-143, 2016.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 0695-0704, 2016.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Álcool. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>. Acesso em 06/02/2023.

OZER, Bilge Uzun; DEMIR, Ayhan; HARRINGTON, Neil. Propriedades psicométricas da escala de desconforto de frustração em uma amostra turca. **Psychological Reports**, v. 111, n. 1, p. 117-128, 2012.

PAGE, Scott E. Fazendo a diferença: Aplicando uma lógica de diversidade. **Academy of Management Perspectives**, v. 21, n. 4, p. 6-20, 2007.

PALOUTZIAN, Raymond F.; ELLISON, Craig W. Solidão, bem-estar espiritual e qualidade de vida. **Solidão: Um livro-fonte de teoria, pesquisa e terapia atuais**, v. 1, n. 1, p. 224-37, 1982.

PARADA, E. Psicologia comportamental aplicada Al socorrismo Profesional. **Primeros Auxilios Psicologicos**, 2004.

PASQUALI, Luiz. Histórico dos instrumentos psicológicos. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**, p. 13-21, 1999.

PAULINO, Pedrita Reis Vargas et al. Violência doméstica contra a mulher: olhares da psicologia e intercessão com a dimensão espiritual/religiosa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 6, p. 2926-2947, 2023.

PEREIRA, L. dos S. D.; NOGUEIRA, L. W.; BRAGA, C. G. .; DA COSTA, A. C. Primary care's standardized language use: contributions to advanced nursing practices / Uso de linguagem padronizada na atenção primária: contribuições para as práticas avançadas de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 15, p. e-12161, 2023. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12161

PERES, Ellen Marcia et al. Práticas avançadas de enfermagem no Brasil. **Enferm Foco**, v. 12, n. 6, p. 1256-1262, 2021.

PICO-ALFONSO, Maria A. et al. O impacto da violência física, psicológica e sexual do parceiro íntimo masculino na saúde mental das mulheres: sintomas depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade de estado e suicídio. **Journal of women's health**, v. 15, n. 5, p. 599-611, 2006.

PIOSIADLO, Laura Christina Macedo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; GESSNER, Rafaela. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 728-733, 2014.

PIRES, Isabella Tereza Martins et al. Uso de álcool e outras Substâncias Psicoativas por Estudantes Universitários de Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e191670, 2020.

PIRES, Thiago et al. Adaptação transcultural da Escala de Funcionamento Geral da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 32, 2016.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, 2018.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lúcia Aparecida; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa da literatura: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, p. 434-438, 2009.

PRIEST, Helena M. Percepções de novatos e especialistas sobre cuidados psicológicos e o desenvolvimento de habilidades de cuidado psicológico. **Nurse Education Today**, v. 19, n. 7, p. 556-563, 1999.

REIS, Rodrigo Siqueira.; HINO, Adriano Akira Ferreira; AÑEZ, Ciro Romélio Rodriguez. Escala de estresse percebido: Estudo de confiabilidade e validade no Brasil. **Journal of health psychology**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

RIBEIRO, Olga Maria Pimenta Lopes et al. O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. e3970016, 2018.

ROCHA, Roberta Zanini da; GALELI, Paola Rodegheri; ANTONI, Clarissa De. Rede de apoio social e afetiva de mulheres que vivenciaram violência conjugal. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 1, p. 124-152, 2019.

RODRIGUES, Dafne Paiva; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; DA SILVA, Raimunda Magalhães. Modelo de Roy na enfermagem obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 165-165, 2004.

RODRIGUES, Paula Sales et al. Violência doméstica contra as mulheres: vivências dos profissionais da atenção primária a saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 33, p. e20230403, 2024.

RODRIGUEZ, Michael A. et al. Violência de parceiro íntimo, depressão e TEPT entre mulheres latinas grávidas. **The Annals of Family Medicine**, v. 6, n. 1, p. 44-52, 2008.

ROSENBERG, M. Rosenberg Self-Esteem Scale. **APA PsycTests**, 1965.

ROSSI, Patricia Cazarotto de; CAMARGOS, Gláucio. A frustração como fator de impacto para o desenvolvimento infantil. **Revista Científica Unilago**, v. 1, n. 1, 2020.

ROSSO, Ademir José et al. Representações sociais de trabalhadores com baixa escolaridade, informais e desempregados sobre a escolarização. **Educação UFSM**, v. 44, 2019.

ROY, Callista. **Roy adaptation model-based research: 25 years of contributions to nursing science**. Center Nursing Press, 1999.

ROY, C. O. Modelo de Adaptação de Roy na investigação da enfermagem. **Roy C, Andrews, HA. Teoria da enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, p. 499-514, 2001.

SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 4, n. 1, p. 0-0, 2008.

SADOCK, Benjamin J. Sadock; ALCOTT, Virginia; RUIZ, P. Kaplan dan Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 2017.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. Ministério Público do Estado da Bahia, 2004.

SANICOLA, Lia. As dinâmicas de rede e o trabalho social. **São Paulo: Veras**, p. 109-130, 2008.

SANTI, Liliane Nascimento de; NAKANO, Ana Márcia Spanó; LETTIERE, Angelina. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 417-424, 2010.

SANTOS, Ana Cláudia Wendt dos; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 31, p. 220-235, 2011.

SANTOS, Ana Pereira dos; BEVILACQUA, Paula Dias; MELO, Cristiane Magalhães de. Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 569-579, 2020.

SANTOS, Márcia Vieira dos et al. Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do estado do Rio de Janeiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, p. e5980015, 2017.

SANTOS, Marcos Vinícius Ferreira dos; PEREIRA, Denis Soprani; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, p. 22-30, 2013.

SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. Unesp, 2005.

SCHWANDT, Thomas A. et al. Abordagens construtivistas e interpretativistas para a investigação humana. **Handbook of qualitative research**, v. 1, n. 1994, p. 118-137, 1994.

SEGA, Bruna Eduarda; FALER, Camilia Susana. Perfil de agressores: stalking e as diversas tipologias de violência contra a mulher. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 2, p. e68910-e68910, 2024.

SELYE, Hans. **Stress-a tensão da vida**. Ibrasa, 1959.

SILVA E COSTA, Zilma Maria Severino et al. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa dos domínios Distúrbios do Sono e Distúrbios da Vigília do Patient-Reported-Outcomes Measurement Information System (PROMIS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1391-1401, 2014.

SILVA, Ana Fernanda Carnelosso et al. Violência doméstica contra a mulher: contexto sociocultural e saúde mental da vítima. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 3, pág. e35932363-e35932363, 2020.

SILVA, Cristiane Rodrigues et al. Atitudes do enfermeiro frente ao Processo de Enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, p. 1111-1117, 2018.

SILVA, Lídia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3523-3532, 2015.

SILVA, Marta Paraguai de Souza et al. A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 8, p. 3057-3064, 2017.

SINHA, Maire. Medindo a violência contra as mulheres: Tendências estatísticas. **Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics**, p. 1, 2013.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira; MORAES, Carlos Alexandre; PASSAFARO, Valesca Oliveira. Violência psicológica como mecanismo de censura dos direitos universais das mulheres. **Revista Quaestio Iuris**, v. 14, n. 03, p. 1083-1103, 2021.

SIRIN, Selcuk R. Status socioeconômico e desempenho acadêmico: Uma revisão meta-analítica de pesquisa. **Revisão de pesquisa educacional**, v. 75, n. 3, p. 417-453, 2005.

SOUZA, Marjane Bernardy; SILVA, Maria Fernanda Silva da. Estratégias de enfrentamento de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura brasileira. **Pensando famílias**, v. 23, n. 1, p. 153-166, 2019.

SOUZA, Nayana Maria Gomes de et al. Validade de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão Respiratório Ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20190844, 2021.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; REZENDE, Fernanda Ferreira. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018.

SUEN, I.-Shian; GENDRON, Tracey L.; GOUGH, Meghan. Isolamento social e o ambiente construído: Um chamado para pesquisa e advocacia. **Public Policy & Aging Report**, v. 27, n. 4, p. 131-135, 2017.

TRIGO, Miguel et al. Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. **Psychologica**, n. 53, p. 353-378, 2010.

TRINDADE, Karine Araújo et al. Espiritualidade e Saúde: um olhar por meio de diferentes atores sociais. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 2, pág. e41311225874-e41311225874, 2022.

TRIPALDI, Simona et al. Escala de desconforto de frustração (FDS). Um estudo psicométrico da versão italiana. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, v. 36, p. 267-287, 2018.

ULIBARRI, Monica D. et al. História de abuso e sintomas de sofrimento psicológico entre trabalhadoras do sexo em duas cidades da fronteira México–EUA. **Violence and victims**, v. 24, n. 3, p. 399-413, 2009.

ULLMAN, Sarah E. et al. Exposição ao trauma, transtorno de estresse pós-traumático e problemas com bebida em sobreviventes de agressão sexual. **Journal of studies on alcohol**, v. 66, n. 5, p. 610-619, 2005.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; HASSE, Mariana. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 52-62, 2016.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Apoyo a la mujer que denuncie o vívido da violência a partir de sua rede social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, p. 865-873, 2015.

VIEIRA, Pâmela Rocha; GARCIA, Leila Posenato; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Isolamento social eo aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 23, p. e200033, 2020.

VILLAS-BOAS, Susana et al. Apoio social e diversidade geracional: o potencial da LSNS-6. **Pedagogia Social**, n. 31, p. 177-189, 2018.

VILELA, Laurez Ferreira et al. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal. **Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**, 2009.

WAINRIB, BARBARA RUBIN; BLOCH, ELLIN L. Intervención en crisis y respuesta al trauma. **Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer**, 2001.

YI, Sheng Kung Michael et al. A sabedoria da multidão em problemas combinatórios. **Cognitive science**, v. 36, n. 3, p. 452-470, 2012.

ZANCAN, Natália et al. Histórico de violência e Transtornos de Estresse Extremo Não-Especificados (DESNOS) em mulheres. **Contextos Clínicos**, 2019.

ZANCAN, Natália; WASSERMANN, Virginia; LIMA, Gabriela Quadros de. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando familias**, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2013.

ZANINI, Daniela Sacramento; PEIXOTO, Evandro Moraes; NAKANO, Tatiana de Cássia. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 387-399, 2018.

ZILBERMAN, Mônica L.; BLUME, Sheila B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, p. s51-s55, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezados juízes,

Eu, Francisca Evangelista Alves Feitosa, estudante de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou realizando uma pesquisa na área temática de Cuidados de Enfermagem, e tenho como elemento principal do meu estudo o ENFRENTAMENTO INEFICAZ no contexto da violência doméstica, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Vimos por meio desta carta, solicitar sua colaboração enquanto especialista nas áreas de interesse do estudo (cuidado de enfermagem, saúde da mulher, violência contra a mulher). Sua contribuição corresponderá na análise e julgamento do fenômeno de enfermagem intitulado por “Enfrentamento ineficaz” às mulheres sobreviventes da violência doméstica.

O instrumento para coleta de dados é composto por elementos que compreendem ao “Enfrentamento ineficaz” pretende-se com esse estudo saber se esse fenômeno se manifesta em mulheres que sofrem violência doméstica, desta forma alguns elementos são fatores de risco (causais) para que ocorra o Enfrentamento ineficaz, como também existem aqueles elementos que estão presentes quando o Enfretamento ineficaz já se manifesta, que são vistos como comportamentos apresentados por essas mulheres. Esses elementos foram identificados após o desenvolvimento de uma ampla revisão da literatura. Conforme tal instrumento, o(a) Sr. (a) julgará a relevância dos elementos para o fenômeno da enfermagem.

Na condição de aceitar a participação na pesquisa, solicitamos que responda o *e-mail* e ou a mensagem por *Whatsapp* divulgado o mais breve possível, pois enviaremos junto o Google Forms com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as devidas instruções para os questionamentos e o instrumento de coleta de dados propriamente dito.

Aguardamos sua resposta, e a partir de então, agradecemos sua atenção e disponibilidade. Estou à disposição para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Francisca Evangelista Alves Feitosa.

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA A ETAPA DE VALIDAÇÃO COM OS JUÍZES**

Prezado (a) juiz,

Eu, Francisca Evangelista Alves Feitosa, sou graduada em enfermagem e mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando uma pesquisa intitulada por “VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ENFRENTAMENTO INEFICAZ” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA”, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

O objetivo geral da pesquisa Estabelecer, por meio das respostas dos juízes, evidências de validade de conteúdo dos elementos-chave pertencentes ao diagnóstico de enfermagem "Enfrentamento ineficaz" no contexto de mulheres sobreviventes da violência doméstica tendo como base uma Teoria de Situação Específica (TSE).

Inicialmente, gostaríamos de agradecer a concordância em participar de tal pesquisa. Sua colaboração será de suma importância para o desfecho deste estudo. Estamos confirmando o total sigilo perante as informações obtidas, uma vez que tais respostas serão utilizadas somente para o desenvolvimento da etapa de validação do diagnóstico.

Asseguramos que o (a) Sr. (a) será informado sobre os procedimentos do estudo, assim como serão esclarecidas as dúvidas que possam vir a acontecer. Certificamos que o (a) Sr. (a) terá total liberdade em ausentar-se da pesquisa sem prejuízo algum, a qualquer momento em que houver a necessidade.

Sua participação constará no preenchimento de um formulário que será enviado via *e-mail* e *WhatsApp*, no qual deverá conter os seguintes itens: 1- informações pessoais, assim como a experiência prática e acadêmica; 2- Análise da definição do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz; 3- Análise da relevância dos elementos-chave (indicadores clínicos e fatores etiológicos) identificados para o diagnóstico Enfrentamento ineficaz em mulheres sobreviventes da violência doméstica por meio da construção de uma revisão de escopo e uma Teoria de Situação Específica. Além dos elementos novos encontrados, os elementos já existentes pela Taxonomia da NANDA Internacional serão colocados como critério para comparação e análise.

Pedimos sua colaboração em reenviar o instrumento de avaliação com um prazo máximo de 15 dias, haja vista que os resultados serão pertinentes para execução da etapa de validação do conteúdo.

Sendo necessário contato de forma imediata, disponibilizo meu número de celular, endereços postais e eletrônicos.

Mais uma vez, agradecemos sua contribuição com a pesquisa. Estamos à disposição para maiores dúvidas.

Nome da Pesquisadora: Francisca Evangelista Alves Feitosa
Endereço: Rua Monsenhor Furtado – Fortaleza, CE.
Telefone (celular): (88) 9.99851425
E-mail: enfafranciscaeaf@gmail.com

Nome do Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

**TERMO DE PÓS-CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A ETAPA
DE VALIDAÇÃO COM OS ESPECIALISTAS**

Declaro que, após esclarecido (a) pela pesquisadora e compreendendo aquilo que foi explicado a mim, concordo em participar do estudo intitulado por “VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ENFRENTAMENTO INEFICAZ” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA”.

_____, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do Especialista e RG

Assinatura da Pesquisadora e RG

Assinatura do Orientador e RG

Instrumento para Coleta de Dados à etapa de Análise de Conteúdo pelos juízes

Prezado (a) juiz,

O trabalho intitula-se “VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ENFRENTAMENTO INEFICAZ” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA” e corresponde à dissertação de Mestrado, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O desenvolvimento do estudo teve início com uma etapa teórica, na qual foram utilizadas as fases para construção de uma Teoria de Médio Alcance (TMA), tendo a caracterização de uma Teoria de Situação Específica (TSE) por abranger uma população em específico, em adição a uma revisão de escopo da literatura realizadas sobre enfrentamento ineficaz.

A segunda etapa, denominada Validação de Conteúdo por Juízes, contará com sua colaboração ao analisar os achados da TSE final. Para isto, solicitamos sua participação respondendo o instrumento abaixo, o qual é dividido em duas partes:

- *Primeira parte:* Identificação do Juiz.
- *Segunda parte:* Análise da definição geral e dos componentes do fenômeno Enfrentamento ineficaz (estímulos/causas (antecedentes) e os comportamentos (consequentes).

Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento adequado do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz, bem como a relevância dos indicadores clínicos e fatores etiológicos. Diante do instrumento de coleta de dados o(a) sr.(a) julgará a representatividade desses indicadores e fatores para o diagnóstico por meio de valores pré-estabelecidos. As definições conceituais e operacionais também foram apresentadas no início deste documento, como suporte adicional a ser consultado diante de quaisquer dúvidas.

A seguir, estão descritas as classificações que o(a) sr.(a) irá selecionar de acordo com sua avaliação. Você deverá marcar uma das opções em relação a representatividade de cada elemento.

- 1 **Nada relevante:** RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico fator causal e o comportamento (fator relacionado e característica definidora) não apresenta qualquer relação com o diagnóstico estando associado a outros fenômenos;
- 2 **Pouco relevante:** RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico fator causal e o comportamento (fator relacionado e característica definidora) apresenta muito pouca relação com o diagnóstico estando mais associado a outros fenômenos similares;
- 3 **Moderadamente relevante:** RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico fator causal e o comportamento (fator relacionado e característica definidora) apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares.
- 4 **Muito relevante:** RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico fator causal e o comportamento (fator relacionado e característica definidora) está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares.

- 5 **Totalmente relevante:** RELEVÂNCIA - o componente do diagnóstico fator causal e o comportamento (fator relacionado e característica definidora) está diretamente relacionado ao diagnóstico.

Caso algum item não obtenha nota máxima, se possível, utilize o espaço dos comentários para justificar sua avaliação. Desde já, agradecemos suas valiosas contribuições. Estamos à disposição para qualquer dúvida. Nossos contatos estão disponíveis no TCLE.

Atenciosamente,

Francisca Evangelista Alves Feitosa

**APÊNDICE C - COMPOSIÇÃO ATUAL DO DIAGNÓSTICO ENFRENTAMENTO
INEFICAZ**

FATOR RELACIONADO	DEFINIÇÃO CONCEITUAL
Alto grau de ameaça	Refere-se a atitude de ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave (BRASIL, 1940; BRASIL, 2021)
Avaliação imprecisa de ameaças	Refere-se a não reconhecer as atitudes de ameaças sofrida. Dificuldade que algumas mulheres possuem em reconhecer o comportamento violento nas suas relações conjugais (ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013; ZANCAN et al., 2019; MEDTLER; CÚNICO, 2022).
Baixa autoestima crônica	Define-se como mudança de percepção positiva para negativa da autoestima, autoaceitação, autorrespeito, competência e atitude em relação a si mesmo em resposta a uma corrente situação (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).
Baixa escolaridade	Consiste-se em uma variável explicativa, agregada à paralisação e/ou ao distanciamento do nível de escolaridade de um indivíduo. Depende da frequência de anos de estudo escolar e representa um feedback do desempenho escolar (LAGES et al., 2018; BELTRAMELLI NETO; ADÃO, 2017; ROSSO et al., 2019).
Baixo nível de renda	Consiste-se em uma variável do ponto de vista mais operacional, o baixo nível de renda é tomado como um construto teórico, ou seja, cuja medida é feita pela agregação de informações sobre: a educação, a ocupação, rendimento das mulheres sobreviventes a violência doméstica (BUCHMANN, 2002; CIRINO et al, 2002; SIRIN, 2005; ENSMINGER et al, 2007; ALVES; SOARES, 2009).
Crise situacional	Define-se como uma situação de desequilíbrio emocional, do qual o indivíduo se vê incapaz de sair daquela condição, com os recursos de acareamento que habitualmente costumam ser usado em situações que a afetam emocionalmente (PARADA, 2004).
Espiritualidade prejudicada	Refere-se à maneira como as pessoas buscam e demonstram significado e a maneira como eles expressão a conexão com o que é sagrado, o transcendente (LUCCHETT, 2012; BARBOSA; SOUZA; MELO, 2016).
Incapacidade de conservar energias adaptativas	Define-se por não conseguir manter o fluxo vital de energia humana que costuma ser um todo contínuo único, dinâmico, criativo e não linear (HERDMAN; KAMITSURU, 2021).

Isolamento social	Define-se por uma condição na qual indivíduos experimentam cada vez menos envolvimento social do que o estimam ter com diversas pessoas (CUDJOE et al., 2020).
Preparação para estressor inadequada	Define-se o como uma falta de preparo para reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas, que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, amedronta (CORREIA; LINHARES, 2014).
Recursos de saúde inadequados	Refere-se a insuficiência de recursos para a resolubilidade do problema da violência doméstica, que envolve barreiras e dificuldades a nível de recursos materiais e humanos no atendimento à mulher (SOUSA; SILVA, 2019).
Suporte profissional inadequado	Define-se principalmente pelas dificuldades dos profissionais, em alguns procedimentos como encaminhamento, notificação, acompanhamento. Inclui também situações nas quais a família não aceita uma interferência na dinâmica familiar, que é fundamental na assistência aos casos de violência doméstica (SOUZA; REZENDE, 2018; SANTOS; BEVILACQUA; MELO, 2020).
Suporte social inadequado	Constitui-se de um conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que estão interligadas por algum tipo de ligação seja de relações interpessoais e ou sociais, sendo que, a partir dessas conexões, a pessoa pode receber ajuda emocional, material, de serviços e informações (SANICOLA, 2008; SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2015; ROCHA; GALELI; ANTONI, 2019).
CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	DEFINIÇÃO CONCEITUAL
Ansiedade	Definido como sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (HERDMAN; KAMITSURU, 2021).
Atenção alterada	Caracteriza-se como um estado em que a mulher tem dificuldade de concentração e a cada momento, desloca a sua atenção de um fato para outro, com grande rapidez. (CASTRO; RUEDA; SISTO, 2010).
Baixa tolerância as frustrações	Define-se como um sentimento, uma emoção que ocorre quando algo que era esperado não aconteceu. É um sentimento que enfrentamos quando as nossas expectativas não são alcançadas e algo não sai como o esperado (SILVA; FARO, 2021).

Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel	Define-se pela incapacidade da mulher de exercer o seu papel social, não ao papel imposto, mas ao que ela almejava para a vida dela (ESTEVES; GALVAN, 2006; LINDNER et al., 2015; OLVEIRA et al., 2021).
Capacidade prejudicada de pedir ajuda	Define-se pela incapacidade da mulher em buscar auxílio para resolução de problemas, tanto pelo medo, estigma, vergonha (MOREIRA; BORIS; VENANCIO, 2011).
Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas	Define-se pela capacidade prejudicada em virtude da violência doméstica de satisfazer as necessidades básicas, com isso gera uma fonte de desequilíbrio das necessidades humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e espirituais (AZEVEDO L. V. L; SILVA, A. F; ROSÁRIO, E. B; LIMA V.L ET AL., 2015)
Capacidade prejudicada de seguir informações	Refere-se ao comprometimento cognitivo da mulher onde há perda na capacidade de receber, organizar e seguir as orientações recebidas (CASTRO; RUEDA; SISTO, 2010).
Comportamento autolesivo	Define-se como uma série de atos da mulher que produzem dano físico à mesma. Esses comportamentos podem se manifestar de forma pontual por algum evento ou de forma crônica e causar riscos graves. Além do mais, podem apresentar-se em níveis repetitivos que variam em intensidade, grau de lesão e rompimento com o ambiente social (CEPPI; BENVENUTI, 2011).
Comportamento de assumir riscos	Define-se como uma forma de agir, sabendo que é possível a ocorrência de resultados negativos desnecessários, aceitando as consequências do seu desconforto emocional produzido (MOREIRA; BORIS; VENANCIO, 2011).
Comportamento destrutivo em relação aos outros	Define-se como qualquer comportamento inapropriado, confronto ou conflito – variando desde o abuso verbal (comportamentos abusivos, intimidantes, desrespeitosos, ameaçadores) e/ou abuso físico que pode impactar negativamente nas relações com os outros (OLIVEIRA et al., 2016)
Déficit nas habilidades sociais	Define-se como déficits na qualidade e quantidade das relações interpessoais da mulher, principalmente se associadas a características como timidez, isolamento social, insegurança e desconforto em ocasiões em que se necessite interagir.
Fadiga	Refere-se a sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Insônia	Definido como distúrbio na quantidade/qualidade de sono que vem a prejudicar o desempenho normalizado das atividades de vida diária (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).
Padrão de comunicação alterado	Define-se como qualquer dificuldade, atraso ou alteração no desenvolvimento de habilidades comunicativa devido ao contexto da violência (MOREIRA; BORIS; VENANCIO, 2011).
Relata o ciclo de sono-vigília alterado	Caracteriza-se por dormir e acordar tardios, na maioria das noites. A mulher tem dificuldade para iniciar o sono e prefere acordar mais tarde, o seu ritmo circadiano é atrasado, de forma crônica e persistente, provocando transtorno à vida social da mulher (MOREIRA et al., 2017).
Relata sensação inadequada de controle	Define-se pela dificuldade para se organizar, não sabendo “por onde começar” e tampouco como irá terminar o seu dia (OLVEIRA et al., 2021).
Resolução inadequada de problemas	Define-se pela falta de habilidade como um processo de aprendizagem, pois a resolução de problemas requer mudança na capacidade da mulher, uma vez que, para solucionar uma situação problemática, muitas vezes, se faz necessário o uso da criatividade e da imaginação como estratégias cognitivas na criação e descoberta de soluções eficazes (GHANDOUR, A; COSTA P. R; BATISTONI).
Responsividade afetiva alterada	Refere -se a relacionamentos a partir do egoísmo e imaturidade emocional. Esquecem-se da reciprocidade e do cuidado mútuo e tendem a agir de acordo com seus desejos e necessidades momentânea, ou seja habilidade da família em responder as experiências afetivas com sentimentos inapropriados (PIRES et al., 2016)
Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta	Refere-se a dificuldade de estabelecer e seguir metas que em geral elas fazem parte de um objetivo maior, mas são mais precisas e podem estar relacionadas a qualquer coisa na vida da mulher (MOREIRA; BORIS; VENANCIO, 2011).
Sintomas depressivos	Define-se como um transtorno de humor, leva os sujeitos atitudes que modificam a percepção de si mesmos. Conhecida pelo indivíduo apresenta-se com apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia) (ESTEVES; GALVAN, 2006; LINDNER et al., 2015; OLVEIRA et al., 2021).

Sobrecarga de Estresse	Comportamento psicológico que tende a pôr em risco o bem estar e a saúde fisiológica e mental dos indivíduos. Para que seja mais bem abordado, o estresse enfatiza desde respostas fisiológicas e reações do indivíduo aos estressores, até a fase psicológico-cognitiva que foca a relação do indivíduo para com o meio, ou seja, como a pessoa avaliará e perceberá o evento estressor/traumático em si (CHEN; WONG; YU, 2009; ROTHMANN; MALAN, 2011; FORD; et al., 2014; SCHAUFELI; TARIS, 2014; MIHAILA, 2015).
Uso de substância psicoativa	São definidas como drogas que têm a capacidade de alterar o comportamento, o humor, a consciência e a cognição, agindo no sistema nervoso central. De acordo com OMS o termo droga refere-se a “qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo” (SANTOS; PEREIRA; SIQUEIRA, 2013; PIRES et al., 2020).
Uso problemático de álcool	Define-se como o consumo exacerbado em quantidade e frequência de bebidas alcoólicas (OMS, 2020).

APÊNDICE D - FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE DADOS POR JUÍZES

Parte 1

1. Identificação do Juiz:

1.1. Sexo: () Feminino () Masculino

1.2. Idade:

1.3 Profissão

1.4. Cidade de residência:

1.5. Endereço para correspondência:

1.6. Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

1.6.1 *Tema estudado:*

1.6.2 *Área de Estudo:*

1.7. Atual ocupação:

1.8. Tempo de formação profissional:

1.9. Tempo de experiência profissional:

1.10. Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos no contexto da *Terminologia de Enfermagem* na forma de:

() Monografia de graduação

() Monografia de especialização

() Dissertação

() Tese

() Artigos científicos

() Outros: _____.

Se sim, quais terminologias? _____.

1.11. Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos relacionado a algum tipo de *Diagnóstico de Enfrentamento ineficaz*?

() Monografia de graduação

() Monografia de especialização

() Dissertação

() Tese

() Artigos científicos

() Outros: _____.

1.12. Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos sobre o Diagnóstico de enfermagem *Enfrentamento ineficaz* no contexto da *Violência Doméstica* na forma de:

() Monografia de graduação

() Monografia de especialização

() Dissertação

() Tese

() Artigos científicos

() Outros: _____.

1.13. Participa ou já participou de grupos/projetos de pesquisa com foco na temática Terminologias de Enfermagem e/ou sobre Violência Contra a Mulher?

() Sim

() Não

Se sim, qual o nome do grupo/projeto? _____.

Por quanto tempo participou/participa do grupo/projeto? _____.

1.14. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

- ☐ Hospitalar
- ☐ Unidade Básica de Saúde
- ☐ Instituição de Ensino
- ☐ Outro: _____.

1.15. Utiliza ou já utilizou Diagnósticos de Enfermagem na sua prática profissional?

- ☐ Sim. Por quanto tempo? _____.
- ☐ Não

1.16. Presta ou já prestou assistência a mulheres com problemas relacionados a algum tipo de violência perpetrada e/ou com algum Diagnóstico de enfermagem?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim:

- ☐ Mulheres com problemas referentes à violência.
- ☐ Mulheres que apresentaram sintomas referentes ao enfrentamento ineficaz.
- ☐ Mulheres com algum Diagnóstico de enfermagem relacionado a enfrentamento ineficaz.
- ☐ Mulheres que sofreram algum tipo de violência e com o diagnóstico de enfermagem relacionado ao diagnóstico de enfermagem Enfrentamento ineficaz.

Em qual local? _____.

Há quanto tempo? _____.

1.17. Já identificou o diagnóstico de enfermagem Síndrome Enfrentamento ineficaz em sua prática profissional?

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente

1.18. No ensino, ministra ou já ministrou disciplinas envolvendo o contexto de Diagnósticos de Enfermagem?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.19. No ensino, ministra ou já ministrou disciplinas que abordem a temática da Violência Contra a Mulher?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.20. Na sua prática profissional, você já identificou fatores que contribuem para manifestação do Enfrentamento ineficaz?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, quais fatores foram identificados por você?

_____.

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE DADOS POR JUÍZES

Parte 2

2.1 A definição atual estabelecida para o Enfrentamento ineficaz é adequada para a etiqueta? Caso deseje, deixe sugestões no quadro abaixo da definição.

Enfrentamento Ineficaz
Definição atual: Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e / ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.
Adequado: Sim () Não ()
Sugestões:

2.2 A seguir, são apresentados os elementos identificados para o Enfrentamento ineficaz. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do elemento para o fenômeno do diagnóstico.

ESTÍMULO (ANTECEDENTE) PARA O ENFRENTAMENTO INEFICAZ	
<i>Elementos que antecedem (estímulos) a manifestação do fenômeno</i>	
Legenda: 1 (nada relevante) 2 (pouco relevante) 3 (moderadamente relevante) 4 (muito relevante) 5 (totalmente relevante)	
Caso algum item não obtenha nota máxima , se possível, utilize o espaço dos comentários para justificar sua avaliação.	
Alto grau de ameaça	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Avaliação imprecisa de ameaças	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Baixa autoestima crônica	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Baixa escolaridade	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Baixo nível de renda	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Crise situacional	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Espiritualidade prejudicada	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Incapacidade de conservação adaptativa energias	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Isolamento social	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Preparação inadequada para estressor	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Recursos de saúde inadequados	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Suporte profissional inadequado	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Suporte social inadequado	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

COMPORTAMENTO (CONSEQUENTE) PARA O ENFRENTAMENTO INEFICAZ

Elementos consequentes (comportamentos), que se revelam na manifestação do fenômeno

Legenda: 1 (nada relevante) 2 (pouco relevante) 3 (moderadamente relevante) 4 (muito relevante) 5 (totalmente relevante)

Caso algum item **não obtenha nota máxima**, se possível, utilize o espaço dos comentários para justificar sua avaliação.

Ansiedade	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Atenção alterada	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Baixa tolerância as frustrações	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Capacidade prejudicada de atender as expectativas do papel	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Capacidade prejudicada de pedir ajuda	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Capacidade prejudicada de satisfazer as necessidades básicas	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Capacidade prejudicada de seguir informações	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comportamento autolesivo	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comportamento de assumir riscos	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comportamento destrutivo em relação aos outros	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Déficit nas habilidades sociais	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Fadiga	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Insônia	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Padrão de comunicação alterado	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Relata o ciclo de sono-vigília alterado	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Relata sensação inadequada de controle	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Resolução inadequada de problemas	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Responsividade afetiva alterada	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Seguimento inadequado de comportamento voltado a uma meta	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sintomas depressivos	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sobrecarga de estresse	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Uso de substâncias psicoativas	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Uso problemático de álcool	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Comentários:

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN- LSNS-6

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

ANEXO B - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Item	Questão afirmativa	Resposta
1	De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma.	0 1 2 3
2	Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros).	0 1 2 3
3	Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.	0 1 2 3
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	0 1 2 3
5	Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	0 1 2 3
6	Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	0 1 2 3
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.	0 1 2 3
8	Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesma.	0 1 2 3
9	Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada.	0 1 2 3
10	Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesma.	0 1 2 3

Afirmativas positivas: 1,3,4,7,10

(0 Concordo plenamente; 1 Concordo; 2 Discordo; 3 Discordo plenamente)

Afirmativas negativas: 2,5,6,8,9

(3 Concordo plenamente; 2 Concordo; 1 Discordo; 0 Discordo plenamente)

Fonte: Dini; Quaresma e Ferreira (2001).

ANEXO C - ESCALA DE BEM-ESTAR ESPRITUAL (ABA)

Para cada uma das afirmações seguintes, faça um X na opção que melhor indica o quanto você concorda ou discorda da afirmação, enquanto descrição da sua experiência pessoal.

CT = Concordo Totalmente CP = Concordo Parcialmente CD = Concordo mais que discordo

DC = Discordo mais que concordo DP = Discordo Parcialmente DT = Discordo Totalmente

	CT	CP	CD	DC	DP	DT
1. Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus.						
2. Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou.						
3. Creio que Deus me ama e se preocupa comigo.						
4. Sinto que a vida é uma experiência positiva.						
5. Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas.						
6. Sinto-me inquieto quanto ao meu futuro.						
7. Tenho uma relação pessoal significativa com Deus.						
8. Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida.						
9. Não recebo muita força pessoal e apoio de meu Deus.						
10. Tenho uma sensação de bem-estar à respeito do rumo que minha vida está tomando.						
11. Acredito que Deus se preocupa com meus problemas.						
12. Não aprecio muito a vida.						
13. Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.						
14. Sinto-me bem acerca de meu futuro.						

15. Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho.						
16. Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade.						
17. Sinto-me plenamente realizado quando estou em íntima comunhão com Deus.						
18. A vida não tem muito sentido.						
19. Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar.						
20. Acredito que existe algum verdadeiro propósito para minha vida.						

Fonte: Marques; Sarriera e Dell’Aglia (2009)

ANEXO D – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP (ISSL)

QUADRO 1

A) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- () 1. MÃOS (PÉS) FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DE SUDORESE
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/ RANGER DE DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA
- () 9. TAQUICARDIA
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

Some 1 ponto para cada F1 que assinalou..... () F1

B) Marque com P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO
- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

Some 1 ponto para cada P1 que assinalou..... () P1

QUADRO 2

A) Marque com F2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/ SENSÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

Some 1 ponto para cada F2 que assinalou () F2

B) Marque com P2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou () P2

QUADRO 3

A) Marque com F3 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE

- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA
- () 4. NÁUSEAS
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. INFARTO

Some 1 ponto para cada F3 que assinalou..... ()F3

B) Marque com P3 os sintomas que tem experimentado na última semana

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGÚSTIA/ ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

Some 1 ponto para cada P3 que assinalou..... ()P3

AValiação

A)		F1 ()
	P1 ()	
B)		F2 ()
	P2 ()	
C)		F3 ()
	P3 ()	

TOTAL F ()

P ()

(VERTICAL)

LINHA A. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase do Alerta

LINHA B. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de Resistência

LINHA C. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de quase-exaustão

ANEXO E - QUESTIONÁRIO MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL SUPPORT SURVEY (MOS-SSS)

As seguintes questões fazem referências ao apoio ou ajuda de que dispõe.

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem (Pessoas com que esta à vontade e pode falar tudo o que quiser). Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos _____.

Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa. Assinale com um círculo um dos números de cada fila.

Item	Afirmação	Resposta
2	Alguém que lhe ajude se tiver que estar de cama.	1 2 3 4 5
3	Alguém com quem falar quando precise.	1 2 3 4 5
4	Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas.	1 2 3 4 5
5	Alguém que a leve ao médico quando necessite.	1 2 3 4 5
6	Alguém que lhe dê sinais de carinho, amor ou afeto.	1 2 3 4 5
7	Alguém com quem passar um bom bocado.	1 2 3 4 5
8	Alguém que lhe dê uma informação e lhe ajude a entender uma situação.	1 2 3 4 5
9	Alguém com quem confiar ou com quem falar de si própria e das suas preocupações.	1 2 3 4 5
10	Alguém que lhe dê um abraço.	1 2 3 4 5
11	Alguém com quem poder relaxar.	1 2 3 4 5
12	Alguém para preparar as suas refeições se não as poder fazer.	1 2 3 4 5
13	Alguém cujo conselho deseje.	1 2 3 4 5
14	Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas.	1 2 3 4 5
15	Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente.	1 2 3 4 5
16	Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos.	1 2 3 4 5
17	Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais.	1 2 3 4 5
18	Alguém para se divertir.	1 2 3 4 5
19	Alguém que compreenda os seus problemas.	1 2 3 4 5
20	Alguém quem amar e que lhe faça se sentir querida.	1 2 3 4 5

***Legenda: 1: Nunca; 2: Raramente; 3: As vezes; 4: Quase Sempre; 5: Sempre.**

Fonte: Zanini; Peixoto e Nakano (2018).

ANEXO F - ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

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

Fonte: Hamilton (1959).

ANEXO G- FRUSTRATION DISCOMFORT SCALE (FDS)

Abaixo estão listados vários pensamentos e crenças que as pessoas podem ter quando estão estressadas ou frustradas. Por favor, leia cada afirmação e decida o quanto isso geralmente descreve suas próprias crenças e pensamentos. Selecione a alternativa que melhor indica o quanto você concorda com essa afirmação.

	Nem um pouco	Ligeiramente	Moderadamente	Fortemente	Muito fortemente
1. Preciso da maneira mais fácil de contornar um problema; não suporto ter dificuldades com ele.	0	1	2	3	4
2. Não suporto ter que esperar por coisas que quero agora.	0	1	2	3	4
3. Eu absolutamente devo estar livre de sentimentos perturbadores o mais rápido possível; não aguento se eles continuarem.	0	1	2	3	4
4. Não suporto ser impedido de alcançar todo o	0	1	2	3	4

meu potencial.					
5. Não suporto fazer tarefas que parecem difíceis demais.	0	1	2	3	4
6. Não suporto se as pessoas vão contra os meus desejos.	0	1	2	3	4
7. Não suporto sentir que estou perdendo a cabeça.	0	1	2	3	4
8. Não aguento a frustração de não alcançar meus objetivos.	0	1	2	3	4
9. Não suporto fazer tarefas quando não estou a fim.	0	1	2	3	4
10. Não aguento se outras pessoas me impedem de fazer o que eu quero.	0	1	2	3	4
11. Não suporto ter certos pensamentos.	0	1	2	3	4
12. Não tolero baixar meus padrões, mesmo quando seria útil fazê-lo.	0	1	2	3	4

13. Não suporto ter que me esforçar nas tarefas.	0	1	2	3	4
14. Não tolero ser subestimado.	0	1	2	3	4
15. Não suporto situações em que eu possa ficar chateado.	0	1	2	3	4
16. Não aguento largar uma tarefa se eu não estiver totalmente satisfeito.	0	1	2	3	4
17. Não suporto o incômodo de ter que fazer as coisas imediatamente.	0	1	2	3	4
18. Não suporto ter que ceder às demandas de outras pessoas.	0	1	2	3	4
19. Não suporto sentimentos que me perturbam.	0	1	2	3	4
20. Não suporto fazer um	0	1	2	3	4
trabalho se não posso fazê-lo bem.					
21. Não suporto fazer coisas que envolvam muito aborrecimento.	0	1	2	3	4

22. Não suporto eu ter que mudar quando os outros são os culpados.	0	1	2	3	4
23. Não consigo levar minha vida adiante, ou ser feliz, se as coisas não mudarem.	0	1	2	3	4
24. Não aguento sentir que não estou totalmente no controle do meu trabalho.	0	1	2	3	4
25. Não suporto ter que persistirem tarefas desagradáveis.	0	1	2	3	4
26. Não tolero críticas, especialmente quando sei que estou certo.	0	1	2	3	4
27. Quando perco o controle dos meus sentimentos, não consigo suportar.	0	1	2	3	4
28. Não posso tolerar nenhum deslize na minha disciplina.	0	1	2	3	4

Fonte: Miranda (2021)

ANEXO H - ESCALA DE HABILIDADES SOCIAIS

S. número	Pergunta	Nunca 0	Às vezes 1	Freqüentemente 2	Sempre 3
1.	Eu ativamente/pacientemente ouço o que as pessoas têm a dizer				
2.	Quando percebo que foi um erro meu, tento me reconciliar com a pessoa				
3.	Eu posso liderar/gerenciar uma equipe				
4.	Eu aprecio os esforços dos outros				
5.	Eu me sinto confortável para trabalhar em equipe				
6.	Sou bom em lidar com conflitos em grupo				
7.	Eu posso fazer amigos facilmente				
8.	Eu mantenho contato com meus amigos				
9.	Eu participo de atividades em grupo				
10.	Eu me ofereço para assumir a responsabilidade				
11.	Eu mantenho minhas decisões				
12.	Eu mantenho contato visual durante as conversas				
13.	Eu assumo a responsabilidade por minhas ações				
14.	Estou aberto em minha expressão				
15.	Eu me sinto confortável quando estou em uma festa ou grupos grandes				
16.	Eu me comunico facilmente com os outros				
17.	Eu posso gerenciar eventos sociais facilmente				
18.	Eu tenho um bom senso de humor que mantém os outros de bom humor				

S. não	Pergunta	Nunca 0	Às vezes 1	Freqüentemente 2	Sempre 3
19.	tenho amizades duradouras				
20.	Eu vejo os aspectos positivos nas pessoas				
21.	Resolvo facilmente divergências entre outras pessoas				
22.	Eu sou capaz de inspirar pessoas				
23.	Eu posso cultivar relacionamentos				

1. Habilidade de liderança (Itens 3,6,17,18,21,22)
2. Habilidade de integração da equipe (itens 5, 15)
3. Habilidade afiliativa (itens 1,2,4, 12, 20)
4. Habilidade interpessoal (Itens 7,8,16, 19,23)
5. Habilidade de engajamento social (Itens 9,10,11,13,14)
6. Escala de habilidades sociais (todos os 23 itens)

ANEXO I - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FADIGA

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

Fonte: Michielsen et al., (2004)

**ANEXO J - TRIAGEM DE DISTÚRBIOS DE SONO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO
DE MEDIÇÃO DE RESULTADOS RELATADOS PELO PACIENTE (PROMIS)**

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

Item	Questão Afirmativa	Resposta
Nos últimos 7 dias		
105	O meu sono foi tranquilo.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ Muitíssimo
106	O meu sono foi leve.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ Muitíssimo
107	O meu sono foi profundo.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ Muitíssimo
108	O meu sono foi agitado.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ Muitíssimo
109	A qualidade do meu sono foi...	☐ Muito fraca ☐ Fraca ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa
110	Eu dormi o suficiente.	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

115	Fiquei satisfeita com o meu sono.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
116	O meu sono foi reparador.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
125	Senti que estava péssima ao acordar.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
20	Tive problemas com o meu sono.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
42	Foi fácil para eu adormecer.	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre
44	Tive dificuldade em adormecer.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
45	Fiquei horas deitada na cama à espera de adormecer.	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre
50	Acordei muito cedo e não consegui voltar a dormir.	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre
65	Senti que estava fisicamente tensa ao deitar.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
67	Fiquei preocupada por não conseguir adormecer.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO

68	Senti que estava preocupada ao deitar.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
69	Tive dificuldade em parar os meus pensamentos ao deitar.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
70	Senti tristeza ao deitar.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
71	Tive dificuldade em encontrar uma posição confortável para dormir.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
72	Fiz um grande esforço para adormecer.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
78	O estresse perturbou o meu sono.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
86	À noite virei-me e revirei-me na cama.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
87	Tive dificuldade em permanecer dormindo	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre
90	Dormi mal.	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre
92	Acordei e tive dificuldade em voltar a dormir.	☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre

93	Tive medo de não conseguir voltar a dormir depois de ter acordado.	☐ Nem um pouco ☐ Um pouco ☐ Mais ou menos ☐ Muito ☐ MUITÍSSIMO
----	--	---

Fonte: Fries; Bruce; Cella (2005); Costa et al. (2014).

ANEXO K – ESCALA DE FUNCIONAMENTO GERAL DA FAMÍLIA

Escala de Funcionamento Geral da Família utilizada.

As frases abaixo dizem respeito ao funcionamento da sua família. Diga se concorda totalmente; concorda; não concorda nem discorda; discorda; ou discorda totalmente

1. É difícil planejar atividades familiares porque vocês se desentendem entre si

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

2. Em tempos de crise, vocês podem buscar ajuda uns nos outros

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

3. Vocês não podem conversar entre vocês sobre a tristeza que sentem

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

4. Cada pessoa da família é aceita pelo que ela é

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

5. Vocês evitam discutir seus medos ou preocupações

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

6. Vocês mostram sentimentos uns com os outros

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

7. Existem muitos sentimentos ruins na sua família

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

8. Vocês se sentem aceitos pelo que são

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

9. Tomar decisões é um problema para a sua família

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

10. Vocês são capazes de tomar decisões sobre como resolver os problemas

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

11. Vocês não se dão bem juntos

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

12. Vocês confiam uns nos outros

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Concordo totalmente | 4. Discordo |
| 2. Concordo | 5. Discordo totalmente |
| 3. Nem concordo nem discordo | 9. Não sabe |

ANEXO L - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON

Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (1960) validada para versão no português por Freire, Figueiredo, Gomide, et al. (2014).

Item	Questão afirmativa	Resposta
1	Humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)	0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido 2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras 3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal espontânea do paciente
4	Insônia inicial	0. Sem dificuldades para iniciar o sono 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para iniciar o sono, isto é, mais de meia hora 2. Queixa-se de dificuldade para iniciar o sono todas as noites
6	Insônia tardia	0. Sem dificuldades 1. Acorda no início da manhã, mas volta a dormir 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama
9	Agitação	0. Nenhuma 1. Inquietude 2. Mexe com as mãos, com os cabelos etc. 3. Mexe-se, não consegue sentar quieto 4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios
10	Ansiedade psíquica	0. Sem dificuldade 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades 3. Atitude apreensiva aparente no rosto

- ou na fala 4. Medos expressos sem serem questionados
- 15** Hipocondria
0. Ausente 1. Maior percepção de alterações sensoriais em seu corpo 2. Preocupação com a saúde 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda etc. 4. Ideias delirantes hipocondríacas
- 16** Perda de peso (marcar A ou B) A. Quando avaliada pela história clínica
0. Sem perda de peso 1. Provável perda de peso associada ao transtorno atual 2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente) 3. Não avaliada
- 16** B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso
0. Menos de 0,5 kg de perda por semana 1. Mais de 0,5 kg de perda por semana 2. Mais de 1 kg de perda por semana 3. Não avaliada

Fonte: Freire et al., (2014).

ANEXO M - ESCALA DE PERCEPÇÃO DO ESTRESSE

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

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

Fonte: Reis et al., (2010).

ANEXO N - QUESTIONÁRIO AUDIT**1) Com que frequência você consome bebidas que contêm álcool?**

- ☐ Nunca (0 pontos)
- ☐ Uma vez por mês ou menos (1 ponto)
- ☐ Duas a quatro vezes ao mês (2 pontos)
- ☐ Duas a três vezes por semana (3 pontos)
- ☐ Quatro ou mais vezes por semana (4 pontos)

2) Quantas bebidas com álcool você consome em um dia normal?

- ☐ 1 ou 2 (0 pontos)
- ☐ 3 ou 4 (1 ponto)
- ☐ 5 ou 6 (2 pontos)
- ☐ 7 a 9 (3 pontos)
- ☐ 10 ou mais (4 pontos)

3) Com que frequência você consome cinco ou mais bebidas em uma única ocasião?

- ☐ Nunca (0 pontos)
- ☐ Menos do que uma vez por mês (1 ponto)
- ☐ Uma vez por mês (2 pontos)
- ☐ Uma vez por semana (3 pontos)
- ☐ Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

4) Com que frequência, no último ano, você não conseguiu parar de beber, depois de ter começado?

- ☐ Nunca (0 pontos)
- ☐ Menos do que uma vez por mês (1 ponto)
- ☐ Uma vez por mês (2 pontos)
- ☐ Uma vez por semana (3 pontos)
- ☐ Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

5) No último ano, com que frequência você deixou de fazer algo que seria normalmente esperado de você por causa da bebida?

- ☐ Nunca (0 pontos)
- ☐ Menos do que uma vez por mês (1 ponto)
- ☐ Uma vez por mês (2 pontos)
- ☐ Uma vez por semana (3 pontos)

- ☐ Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

6) Com que frequência, no último ano, você sentiu necessidade de uma bebida pela manhã para se recuperar de uma noite de bebedeira?

- ☐ Nunca (0 pontos)
- ☐ Menos do que uma vez por mês (1 ponto)
- ☐ Uma vez por mês (2 pontos)
- ☐ Uma vez por semana (3 pontos)
- ☐ Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

7) Com que frequência, no último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- ☐ Nunca (0 pontos)
- ☐ Menos do que uma vez por mês (1 ponto)
- ☐ Uma vez por mês (2 pontos)
- ☐ Uma vez por semana (3 pontos)
- ☐ Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

8) Com que frequência, no último ano, você esqueceu o que aconteceu durante a noite devido à bebedeira?

- ☐ Nunca (0 pontos)
- ☐ Menos do que uma vez por mês (1 ponto)
- ☐ Uma vez por mês (2 pontos)
- ☐ Uma vez por semana (3 pontos)
- ☐ Diariamente ou quase diariamente (4 pontos)

9) Você ou uma outra pessoa sofreu alguma lesão porque você bebeu?

- ☐ Não (0 pontos)
- ☐ Sim, mas não no último ano (2 pontos)
- ☐ Sim, durante o último ano (4 pontos)

10) Algum parente, amigo, ou profissional de saúde já esteve preocupado com seu consumo de bebidas ou sugeriu que diminuísse?

- ☐ Não (0 pontos)
- ☐ Sim, mas não no último ano (2 pontos)
- ☐ Sim, durante o último ano (4 pontos)

Contagem de pontos, critérios totais:

Pontuação da triagem com relação ao consumo de álcool

0 - 7 pontos:	Risco baixo
8 - 15 pontos:	Risco médio
16 - 19 pontos:	Risco alto
20 - 40 pontos:	Vício provável

ANEXO O - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ENFRENTAMENTO INEFICAZ NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Pesquisador: FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76979223.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.652.095

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico de validação do diagnóstico de enfermagem Enfrentamento Ineficaz, por meio da avaliação de conteúdo de profissionais juizes nas áreas de interesse do estudo. A validade de conteúdo analisa se a estrutura diagnóstica explora todas as dimensões ou domínios pertinentes ao conceito proposto para o estudo. População e Amostra/Seleção dos Juizes: O perfil dos juizes foi formado pela pesquisadora juntamente ao orientador, no qual utilizou-se a classificação constituída por Benner, Tanner e Chesla (2009). Os critérios foram estabelecidos da seguinte forma: a experiência prática, classificada em cinco níveis de acordo com o tempo de atuação na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres sobreviventes da violência doméstica; o tempo em um grupo de pesquisa sobre diagnósticos e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres que foram vítimas de violência, também estabelecida em cinco níveis; e a experiência acadêmica, definida pelo conhecimento científico dividido em três subtópicos (a titulação do especialista, a temática do trabalho da titulação em diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres sobreviventes da violência doméstica e a produção científica nos temas de diagnósticos de enfermagem e/ou que tenham cuidado ou acompanhado mulheres sobreviventes da violência doméstica). Os três subtópicos foram unificados para que se tenha a pontuação de um único aspecto em si (conhecimento científico), no qual serão atribuídas notas de 0 a 3 para titulação (0 - Graduado; 1 - Especialista; 2 - Mestre; 3 - Doutor). O tamanho da amostra foi estabelecido por

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.652.095

meio do cálculo baseado na estimativa da média aritmética das avaliações de cada elemento do diagnóstico a ser analisado, obtendo uma amostra final de 47 juízes para cada grupo de profissionais necessários à pesquisa. Após o aceite pela Carta Convite, o juiz receberá um e-mail disponibilizando acesso ao formulário do Google Forms e o TCLE. Esta etapa será definida pelas respostas dos especialistas às questões propostas no instrumento de coleta de dados enviado em formato de Google Forms, o qual estará dividido em: identificação do participante e perguntas relacionadas à sua experiência profissional anterior com mulheres que sofreram violência doméstica, bem como sua avaliação acerca dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico "Enfrentamento ineficaz". As definições conceituais dos elementos dispostos na teoria e os elementos da NANDA-I (2021-2023) serão adicionados no instrumento de coleta de dados e suas definições conceituais e operacionais também serão enviadas em anexo por e-mail em formato PDF, a fim de esclarecer as dúvidas dos profissionais. Além disso, também haverá um espaço para sugestões/comentários dos juízes sobre cada um dos elementos. Os dados serão organizados em planilhas pelo programa Microsoft Office Excel versão 2021 e analisados com o software R versão 4.2.0. A análise descritiva consistirá em cálculos de frequências absolutas e relativas e intervalos de confiança de 95% para variáveis nominais. Serão realizados cálculos de medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartilico) para variáveis quantitativas. O teste de normalidade de Shapiro-Wilk será aplicado. A análise da evidência de validade de conteúdo dos elementos que compõem o diagnóstico Enfrentamento ineficaz será desenvolvida por meio do cálculo de média aritmética ou mediana ponderada baseado no Teorema da Diversidade Preditiva, onde a avaliação dos juízes será ponderada de acordo com o seu nível de expertise, considerando-se a aderência à distribuição normal das avaliações a partir da aplicação do teste de Shapiro-Wilk. De acordo com a Folha de Rosto, a amostra final será de 188 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar a validade da estrutura do diagnóstico de enfermagem "Enfrentamento ineficaz", em mulheres sobreviventes da violência doméstica, revisada a partir de uma Teoria de Situação Específica (TSE) e da análise de conteúdo.

Objetivos Secundários:

- Desenvolver uma Teoria de Situação Específica (TSE) que identifique e defina os elementos e processos clínicos da resposta ao enfrentamento ineficaz, referentes ao estabelecimento do diagnóstico de enfermagem "Enfrentamento ineficaz" em mulheres sobreviventes da violência

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.652.095

doméstica;

- Identificar os indicadores clínicos relevantes para o domínio de conteúdo do diagnóstico de enfermagem "Enfrentamento ineficaz", no contexto de mulheres sobreviventes da violência doméstica;
- Determinar os fatores etiológicos que representam elementos causais específicos do diagnóstico de enfermagem "Enfrentamento ineficaz", no contexto de mulheres sobreviventes da violência doméstica de acordo com a opinião de grupo de avaliadores;
- Caracterizar o nível de concordância e consistência das avaliações de diferentes juízes, acerca da estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem "Enfrentamento ineficaz", no contexto de mulheres sobreviventes da violência doméstica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para a pesquisadora, os participantes poderão sentir constrangimento e/ou mudança da rotina diária. Desta forma, será assegurada a confidencialidade das informações, bem como o tempo adequado para avaliação da estrutura diagnóstica.

Benefícios: Para a autora, têm-se a contribuição para maiores conhecimentos científicos na área sobre a Violência Contra a Mulher (VCM), no contexto dos diagnósticos de enfermagem e o apoio ao profissional enfermeiro, que poderá atuar na linha de frente da assistência e cuidados de mulheres que são sobreviventes da violência doméstica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se o impacto negativo da violência doméstica na população feminina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	
Bairro: Rodolfo Teófilo	CEP: 60.430-275
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC**



Continuação do Parecer: 6.652.095

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2236682.pdf	14/11/2023 21:54:49		Aceito
Outros	FORMSCOLETA.pdf	14/11/2023 21:52:30	FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/11/2023 21:32:31	FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	14/11/2023 21:23:10	FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	14/11/2023 21:17:11	FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES_ENVOLVIDOS_NA_PESQUISA.pdf	14/11/2023 21:14:23	FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	14/11/2023 21:13:44	FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/11/2023 21:13:25	FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	14/11/2023 21:12:19	FRANCISCA EVANGELISTA ALVES FEITOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 16 de Fevereiro de 2024

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO P – INSTRUMENTO GOOGLE FORMS

Seção 1 de 8

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ENFRENTAMENTO INEFICAZ” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

B I U  

Esse formulário é composto por oito seções, sendo: 1 Título, informações e o Termo de consentimento livre e esclarecido; 2 Termo pós consentimento esclarecido; 3 Instruções para responder o instrumento; 4 definições conceituais; 5 Definição de Enfrentamento ineficaz; 6 Dados sociodemográficos; 7 Avaliação dos elementos e 8 Agradecimento.

É um instrumento curto, onde deverá registrar alguns dados sociodemográficos e preencherá a avaliação assinalando qual a relevância do item numa escala de 5 pontos: 1 (nada relevante) 2 (pouco relevante) 3 (moderadamente relevante) 4 (muito relevante) 5 (totalmente relevante),

Tempo médio de 10min para responder.

E-mail *

Seção 2 de 8

TERMO DE PÓS-CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Descrição (opcional)

Declaro que, após esclarecido (a) pela pesquisadora e compreendendo aquilo que foi explicado a mim, concordo em participar do estudo intitulado por “VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “ENFRENTAMENTO INEFICAZ” NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA”.

☐ Aceito

☐ Não aceito

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção

Seção 3 de 8

Instruções para responder o instrumento

Instrumento para Coleta de Dados à etapa de Análise de Conteúdo pelos juízes

Prezado (a) juiz,

O trabalho intitula-se "VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "ENFRENTAMENTO INEFICAZ" NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA" e corresponde à dissertação de Mestrado, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O desenvolvimento do estudo teve início com uma etapa teórica, na qual foram utilizadas as fases para construção de uma Teoria de Médio Alcance (TMA), tendo a caracterização de uma Teoria de Situação Específica (TSE) por abranger uma população em específico, em adição a uma revisão de Escopo da literatura realizadas sobre "Enfrentamento ineficaz".

A segunda etapa, denominada Validação de Conteúdo por Juízes, contará com sua colaboração ao analisar os achados da TSE final. Para isto, solicitamos sua participação respondendo o instrumento abaixo, o qual é dividido em duas partes:

Primeira parte: Identificação do Juiz

+

↶

↷

Tt

🖼️

▶️

☰

Seção 4 de 8

Em casos de dúvidas em relação aos conceitos, consultar esta seção.

<https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:US:f8f9c477-f103-4c8b-8ec3-c26cf904f293>

Após a seção 4 Continuar para a próxima seção ▼

+

↶

↷

Tt

🖼️

▶️

☰

Seção 5 de 8

Identificação dos juízes

Descrição (opcional)

Nome completo *

Texto de resposta curta

+

↶

↷

Tt

🖼️

▶️

☰

Seção 6 de 8

Definição do enfrentamento ineficaz

A definição atual estabelecida para o Enfrentamento ineficaz é adequada para a etiqueta?

Definição atual: **Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e / ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.**

☐ Sim

☐ Não

Caso deseje, deixe sugestões no quadro abaixo da definição

Texto de resposta longa

Seção 7 de 8

A seguir, são apresentados os elementos identificados para o Enfrentamento ineficaz. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do elemento para o fenômeno

Legenda: 1 (nada relevante) 2 (pouco relevante) 3 (moderadamente relevante)

4 (muito relevante) 5 (totalmente relevante)

ESTÍMULO (ANTECEDENTE) PARA O ENFRENTAMENTO INEFICAZ

Legenda: 1 (nada relevante) 2 (pouco relevante) 3 (moderadamente relevante)

4 (muito relevante) 5 (totalmente relevante)

Elementos que antecedem a manifestação do fenômeno:

	1	2	3	4	5
Alto grau de a...	☐	☐	☐	☐	☐

Texto de resposta longa

Após a seção 7 Continuar para a próxima seção

Seção 8 de 8

Título da seção (opcional)

Obrigada pela sua disponibilidade e atenção!

Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância, já que viver é ser livre. Simone de Beauvoir

Sem título

Descrição (opcional)

+

↗

Tt

🖼️

▶

☰