

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM (DINTER UFC/UFPE)

SUZANA DE OLIVEIRA MANGUEIRA

**REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PROCESSOS FAMILIARES
DISFUNCIONAIS RELACIONADOS A ABUSO DE ÁLCOOL**

FORTALEZA- CE
2014

SUZANA DE OLIVEIRA MANGUEIRA

**REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PROCESSOS FAMILIARES
DISFUNCIONAIS RELACIONADOS A ABUSO DE ÁLCOOL**

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Doutorado Interinstitucional (DINTER) em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

FORTALEZA- CE
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M277r Mangueira, Suzana de Oliveira.
Revisão do diagnóstico de Enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool / Suzana de Oliveira Mangueira. – 2014.
182 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado Interinstitucional em Enfermagem (DINTER UFC/UFPE), Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.
1. Alcoolismo. 2. Enfermagem. 3. Diagnóstico de Enfermagem. 3. Estudos de Validação. 4. Família. I. Título.

SUZANA DE OLIVEIRA MANGUEIRA

**REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PROCESSOS FAMILIARES
DISFUNCIONAIS RELACIONADOS A ABUSO DE ÁLCOOL**

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Doutorado Interinstitucional (DINTER) em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Profa. Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo
Universidade Federal do Ceará - UFC

Este estudo contou com a subvenção parcial da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), por meio de bolsa de estudos, no período de fevereiro a junho de 2012 e de abril a julho de 2013.

Aos meus pais, Eronilde e Maria, que sempre estabeleceram a educação das filhas como prioridade maior.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por conduzir o meu caminho e possibilitar o alcance desta conquista.

Aos meus pais e minhas irmãs, pelo constante incentivo, apoio, dedicação, amor e carinho mútuos.

Ao meu orientador, Prof. Marcos Venícios, minha eterna gratidão pela sua contribuição na minha formação e por todo o aprendizado.

Aos professores que compuseram a banca examinadora deste trabalho, pelas valiosas contribuições e aprimoramento deste trabalho.

Aos amigos e demais familiares, pela convivência, pelo apoio, por tornar esta caminhada mais leve.

Aos docentes e funcionários da UFPE e UFC, pela contribuição na minha formação e por tornarem possível a concretização do doutorado interinstitucional.

Aos especialistas que participaram do estudo, pelo aceite, pela paciência, pela valiosa colaboração com a segunda etapa deste estudo.

À equipe de profissionais da APAMI, pelo acesso, pela colaboração, por todo o apoio dispensado, que possibilitou a realização da terceira etapa deste estudo.

Aos alcoolistas participantes deste estudo, a quem este estudo se dirige, por aceitarem participar do estudo, por abrirem seus corações e falarem sobre um tema tão particular, subjetivo e difícil para eles, de modo a possibilitar a compreensão deste fenômeno, que são os processos familiares disfuncionais relacionados ao alcoolismo.

A todos que, de modo indireto ou indireto, contribuíram com o estudo, torceram e acreditaram em mim.

“Quando se decompõe uma sociedade, o que se acha
como resíduo final não é o indivíduo, mas sim a família”

(VICTOR HUGO)

RESUMO

O estudo tem como objeto a revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool. Estudo metodológico, desenvolvido em três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia de indicadores clínicos. Para a realização da análise de conceito, utilizou-se como referência o modelo de análise de conceito proposto por Walker e Avant e os passos da revisão integrativa da literatura. Procedeu-se à busca na literatura em três bases de dados: SCOPUS, PubMed e CINAHL, com os descritores alcoolismo e família disfuncional e suas sinônimas nas línguas inglesa e espanhola. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 11 estudos de um total de 113 que subsidiaram a análise do conceito. A partir da revisão do conceito família disfuncional e sua correlação com o diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais, foi possível reduzir o quantitativo de 115 características definidoras para 91, por meio da exclusão de 24 características que apresentaram significado semelhante a outros indicadores ou por não se aplicarem a alcoolistas adultos. Três características foram condensadas em uma e foram incorporadas duas novas características definidoras: abuso físico e abuso sexual. Foram utilizados artigos, livros e dicionários para a construção das definições conceituais e operacionais das 91 características definidoras. A segunda etapa do estudo, análise de conteúdo por especialistas, consistiu no julgamento por 23 especialistas quanto à relevância, clareza e precisão das definições construídas na etapa anterior. Dois itens foram julgados como inadequados no critério relevância e, portanto, excluídos do estudo. Dezesete itens tiveram suas definições julgadas como inadequadas nos critérios clareza e/ou precisão e foram reformuladas. Duas características tiveram seu rótulo modificado segundo sugestões dos especialistas. Para esta etapa, considerou-se o nível de concordância de 85%. A partir das definições operacionais das 89 características definidoras julgadas como relevantes pelos especialistas, foi construído o instrumento de coleta de dados aplicado com 110 alcoolistas internados em uma unidade de cuidados prolongados para tratamento de alcoolismo crônico. Para a delimitação da amostra, foi realizado cálculo amostral e estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram coletados por meio de entrevista e analisou-se a presença ou ausência de cada indicador clínico. Os dados foram submetidos à análise de classe latente, que permitiu encontrar um conjunto de vinte e quatro características que apresentaram bom ajuste para a correta identificação do diagnóstico Processos familiares disfuncionais. As características definidoras Papeis familiares interrompidos, Problemas econômicos e Rituais familiares interrompidos apresentaram boa sensibilidade e especificidade. As características definidoras Abuso sexual, Distúrbio no desempenho escolar em crianças, Manipulação, Falta de coesão e Baixa autoestima crônica apresentaram valor de especificidade significativo. As demais mostraram valor de sensibilidade significativo: Mentiras, Angústia, Ansiedade, Confusão, Constrangimento, Perda, Raiva, Comunicação contraditória, Dificuldade com relacionamentos íntimos, Imaturidade, Tristeza não resolvida, Deterioração nos relacionamentos familiares, Dinâmicas familiares perturbadas, Problemas conjugais, Insegurança e Solidão. A revisão do diagnóstico Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool possibilitou uma reflexão crítica acerca das características definidoras constantes na NANDA-I, com vistas ao seu refinamento. Espera-se que este estudo possa auxiliar o enfermeiro na sua prática assistencial a identificar o referido diagnóstico de modo mais acurado.

Palavras-chave: Alcoolismo; Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Estudos de validação; Família.

ABSTRACT

The study focuses the review of the nursing diagnosis Dysfunctional family processes related to alcohol abuse. Methodological study, developed in three stages: concept analysis, content analysis by experts and analysis of the accuracy of clinical indicators. For the realization concept analysis, was used as reference the concept analysis model proposed by Walker and Avant and steps of the integrative literature review. Proceeded the literature search in three databases: SCOPUS, PubMed and CINAHL, with descriptors alcoholism and dysfunctional family and their synonyms in English and Spanish. After applying the inclusion and exclusion criteria, 11 studies remained from a total of 113 that supported the concept analysis. From the review of the concept dysfunctional family and its correlation with the nursing diagnosis of Dysfunctional family processes, it was possible to reduce the quantitative defining characteristics from 115 to 91, by deleting the 24 characteristics that were similar to other indicators or meaning is not apply to adult alcoholics. Three characteristics were condensed into one and were incorporated two new defining characteristics: Physical abuse and Sexual abuse. Articles, books and dictionaries were used to build the conceptual and operational definitions of the 91 defining characteristics. The second stage of the study, content analysis by experts consisted at trial of 23 experts for relevance, clarity and accuracy of definitions constructed in the previous step. Two items were judged as inappropriate in relevance criteria and therefore excluded from the study. 17 items had their definitions judged as inadequate on the clarity and/or precision criteria and have been reformulated. Two had their labels modified second suggestions from experts. For this step, was considered the level of agreement of 85 %. From the operational definitions of the 89 defining characteristics judged as relevant by experts, was built the instrument of data collection applied with 110 alcoholics admitted to a unit for extended care treatment of chronic alcoholism. For the delimitation of the sample, sample size calculation was performed and established criteria for inclusion and exclusion. Data were collected through interviews and analyzed for the presence or absence of each clinical indicator. The data were subjected to latent class analysis, which allowed to find a set of twenty-four characteristics that showed good fit for the correct identification of diagnostic Dysfunctional family processes. The defining characteristics Disrupted family roles, Economic problems and Disrupted family rituals showed good sensitivity and specificity. The defining characteristics Sexual abuse, Disturbances in academic performance in children, Manipulation, Lack of cohesiveness and Chronic low self-esteem showed the mean value of specificity. The other showed the mean value of sensitivity: Lying, Distress, Anxiety, Confusion, Embarrassment, Loss, Anger, Contradictory communication, Difficulty with intimate relationships, Immaturity, Complicated grieving, Deterioration in family relationships, Disturbed family dynamics, Marital problems, Insecurity and Loneliness.. A review of the diagnosis Dysfunctional family processes related to alcohol abuse provided a critical analysis of the defining characteristics listed in the NANDA-I, with a view to its refinement. It is hoped that this study can help nurses in healthcare practice to identify the diagnosis more accurately.

Key words: Alcoholism; Nursing; Nursing diagnosis; Validation studies; Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos níveis de evidência	30
Quadro 2 – Antecedentes, atributos e conseqüentes do conceito	34
Quadro 3 – Definições conceituais e operacionais das características definidoras comportamentais	39
Quadro 4 – Definições conceituais e operacionais das características definidoras de papeis e relacionamentos	45
Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais das características definidoras de sentimentos	47
Quadro 6 – Definições conceituais reformuladas após sugestões de especialistas	71
Quadro 7 – Definições operacionais reformuladas após sugestões de especialistas	75
Quadro 8 – Questões de pesquisa para estudos de acurácia de acordo com a fase no modelo de validação de Lopes, Silva e Araujo (2012)	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Síntese das alterações no quantitativo de características definidoras após a análise de conceito	38
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Artigos selecionados por base de dados após a avaliação inicial. Fortaleza, 2013	29
Tabela 2 – Distribuição dos artigos de acordo com país, ano de publicação, nível de evidência, área, sujeitos, cenário e temática dos estudos. Fortaleza, 2013	33
Tabela 3 – Caracterização dos especialistas. Fortaleza, 2013	67
Tabela 4 – Análise por especialistas das definições conceituais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais. Fortaleza, 2013	69
Tabela 5 – Análise por especialistas das definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais. Fortaleza, 2013	72
Tabela 6 – Organização dos dados para cálculo das medidas de acurácia de um indicador clínico (LOPES; SILVA, ARAUJO, 2012)	88
Tabela 7 – Características sócio-demográficas da amostra estudada. Vitória de Santo Antão, 2014	97
Tabela 8 – Características clínicas da amostra estudada. Vitória de Santo Antão, 2014	98
Tabela 9 – Características definidoras do diagnóstico Processos familiares disfuncionais identificadas em alcoolistas. Vitória de Santo Antão, 2014	99
Tabela 10 - Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classes latentes (ACL). Vitória de Santo Antão, 2014	103
Tabela 11 - Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) das características definidoras relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classe latente ajustada. Vitória de Santo Antão, 2014	107
Tabela 12 - Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) do grupo de características definidoras “Comportamentais” relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classe latente ajustada. Vitória de Santo Antão, 2014	107
Tabela 13- Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) do grupo de características definidoras “Papeis e relacionamentos” relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classe latente ajustada. Vitória de Santo Antão, 2014	108
Tabela 14 - Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) do grupo de características definidoras “Sentimentos” relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classe latente ajustada. Vitória de Santo Antão, 2014	109

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I – ANÁLISE DE CONCEITO.....	21
1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	22
1.1 Modelo de Análise de Conceito.....	22
1.2 Revisão Integrativa da Literatura.....	25
2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	28
3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	29
3.1 Revisão Integrativa da Literatura.....	29
3.2 Modelo de Análise de Conceito.....	31
4 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	33
4.1 Caracterização dos estudos.....	33
4.2 Análise de conceito.....	34
5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	52
5.1 Caracterização dos estudos.....	52
5.2 Análise de conceito.....	52
5.2.1 Características definidoras comportamentais.....	52
5.2.2 Características definidoras de papéis e relacionamentos.....	55
5.2.3 Características definidoras de sentimentos.....	56
6 CONCLUSÕES DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	58
CAPÍTULO II – ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS.....	59
1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS.....	60
2 OBJETIVO ESPECÍFICO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS.....	62
3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS.....	63
3.1 Desenho do estudo.....	63
3.2 Seleção de especialistas.....	63
3.3 Instrumento de coleta de dados.....	64
3.4 Procedimento para coleta de dados.....	65
3.5 Análise de dados.....	65

3.6 Aspectos éticos.....	66
4 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS	67
4.1 Caracterização dos especialistas.....	67
4.2 Análise de conteúdo das definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais por especialistas.....	68
5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS.....	79
5.1 Caracterização dos especialistas.....	79
5.2 Análise de conteúdo das definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais por especialistas.....	80
6 CONCLUSÕES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS.....	84
CAPÍTULO III – ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS.....	85
1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS.....	86
2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS.....	90
3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS.....	91
3.1 Desenho do estudo.....	91
3.2 Local do estudo.....	91
3.3 População e amostra.....	93
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	94
3.5 Procedimentos para coleta de dados.....	94
3.6 Análise dos dados.....	94
3.7 Aspectos éticos.....	95
4 RESULTADOS DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS.....	97
4.1 Caracterização da amostra.....	97
4.2 Análise da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais.....	99

5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS.....	110
5.1 Caracterização da amostra.....	110
5.2 Análise da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais.....	112
5.2.1 Características definidoras comportamentais.....	112
5.2.2 Características definidoras de papéis e relacionamentos.....	114
5.2.3 Características definidoras de sentimentos.....	116
6 CONCLUSÕES DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS.....	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	126
APÊNDICES.....	135
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	136
APÊNDICE B – CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS.....	137
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESPECIALISTAS.....	138
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ESPECIALISTAS.....	140
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PACIENTES.....	166
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTES.....	176
ANEXOS.....	178
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	179
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA.....	182

INTRODUÇÃO

O estudo tem como objeto a revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de substâncias, definido como uma desorganização crônica das funções psicossociais, espirituais e fisiológicas na família, o que gera conflitos, negação de problemas, resistência a mudanças, resolução ineficaz de problemas e crises autoperpetuadas (HERDMAN, 2013). Devido à abrangência do fenômeno abuso de substâncias, selecionou-se o abuso do álcool como fator relacionado ao diagnóstico para maior delimitação da população de estudo.

A disfunção familiar decorrente do alcoolismo se constitui em um problema de pesquisa visto que as interações entre os membros da família são comprometidas de modo significativo quando existe um dependente de álcool (SILVA; SILVA; LUZ, 2012). Assim, o alcoolismo é uma doença da família, pois todos são afetados e sofrem descargas destrutivas, resultando em um cotidiano tumultuado, com discussões, mentiras, negações, vergonha, insegurança e desestabilização familiar (SOUZA *et al.*, 2011).

Entende-se por família a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa (BRASIL, 2006). A falta de consenso sobre a definição de relações familiares disfuncionais e saudáveis contribui para dificultar o processo de avaliação familiar, além da existência de diversos aspectos que devem ser considerados: prática e estilos parentais, funcionamento, dinâmica, satisfação e suporte familiares. Entretanto, sabe-se que as relações familiares são modificadas quando um dos membros apresenta algum problema de saúde, por exemplo, alcoolismo (SILVA *et al.*, 2011).

O alcoolismo pode ocasionar uma situação de codependência, na qual as pessoas da família também sofrem com a dependência de álcool de um de seus membros. Estudo de Moraes *et al.* (2009) conclui que o codependente é alguém que vivencia inúmeros sofrimentos, necessita de ajuda e assistência profissional, pois têm sentimentos ambivalentes diante do que vivenciam. Em geral, sente-se responsável pelo comportamento do outro e mistura os sentimentos de ansiedade, culpa, pena e raiva de si mesmo e do outro. Neste contexto, a família deve ser visualizada como parceira do tratamento da dependência do álcool e codependência.

Ao considerar que toda a família é afetada, emerge a necessidade de identificar e validar as evidências que caracterizam as disfunções dos processos familiares causados pelo alcoolismo crônico, de forma a propor estratégias eficazes de prevenção e recuperação dos transtornos familiares gerados pelo consumo nocivo do álcool. O abuso de álcool é um fenômeno de distribuição mundial e suas consequências são de relevância social. O

alcooolismo está entre as maiores causas de mortes em todo mundo, superado apenas pelas doenças cardíacas e pelo câncer. Trata-se de um grave problema de saúde pública, pois se estima que o uso prejudicial do álcool seja responsável por 2,5 milhões de óbitos a cada ano, que corresponde a 4% de todas as mortes (WHO, 2011).

Embora o consumo do álcool remonte aos tempos mais antigos, o termo alcooolismo se consolidou e teve sua definição estabelecida no século XX. Com o surgimento de novos conceitos, foi substituído por Síndrome da Dependência Alcoólica (ou Transtorno por uso de álcool, de acordo com a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - DSM-V*), a qual confere à dependência do álcool um caráter de processo no qual há a presença de um conjunto de manifestações resultantes de uma dependência gradativa.

Segundo a atual definição, proposta pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a Síndrome de Dependência Alcoólica consiste em um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolve após o consumo repetitivo de uma substância psicoativa, associado ao forte desejo pela droga, à dificuldade de controlar o consumo, à sua utilização persistente apesar das suas consequências negativas, maior prioridade ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância pela droga e, por vezes, estado de abstinência física (WHO, 2010).

As estatísticas apontam um significativo aumento do consumo do álcool ao longo dos últimos anos. O uso de álcool em algum momento na vida, em 2001, foi de 68,7% contra 74,6% no ano de 2005 (BRASIL, 2005). Segundo o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o quantitativo de pessoas na população brasileira que são dependentes de bebidas alcoólicas é de 5.799.005 pessoas, o que equivale a 12,3% da população nas faixas etárias de 12 a 65 anos (BRASIL, 2005).

No nordeste brasileiro, em 2005, cerca de 66,8% da população já fez uso do álcool na vida, com prevalência de dependência de 13,8%. Apesar de apresentar uma queda na taxa de dependência quando comparada a 2001 (16,9%), a região possui o maior valor quando comparado a outras regiões (BRASIL, 2005).

Diante deste panorama, evidencia-se a necessidade de políticas públicas voltadas ao enfrentamento desta problemática. Em 2003, o Ministério da Saúde apresentou as diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, por reconhecer a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e buscar subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento (BRASIL, 2003).

Em 2007, é publicada a Política Nacional sobre o Álcool, com objetivo de promover estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, de forma a contemplar a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados por este consumo, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (BRASIL, 2007).

Destarte, outros instrumentos vêm sendo utilizados no enfrentamento do consumo de álcool, a exemplo do Plano Emergencial de ampliação de tratamento e prevenção ao consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2009), o qual apresenta quatro eixos como linha de ação: I. Ampliação do acesso ao tratamento; II. Qualificação da atenção; III. Articulação intra e intersetorial, sociedade civil e participação social e IV. Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma. Outra estratégia é a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas - 24 horas - CAPS AD III, destinados a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana (BRASIL, 2010).

Ao considerar a concepção da multifatorialidade que envolve o alcoolismo e de acordo com o preconizado pelas políticas públicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o tratamento do alcoolismo deve ser abrangente, nas esferas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Dessa forma, o tratamento consiste na Desintoxicação, Reabilitação e Prevenção de recaídas (BRASIL, 2003). Pode-se contar ainda, com a Redução de Danos, que visa minimizar os efeitos negativos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, especialmente os relacionados à saúde, com base nas condições e possibilidades do usuário do SUS (BRASIL, 2004).

No contexto destas diversas vertentes de tratamento que devem ser desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar, destaca-se o papel da Enfermagem enquanto profissão que tem como pilar o ato de cuidar. No que se refere à assistência de enfermagem sistematizada a dependentes de álcool, ocorre uma atuação integralizante do enfermeiro frente ao usuário, pois permite uma abordagem personalizada e holística, a qual envolve assistência física, psíquica e social (SIQUEIRA; GARCIA; SOUZA, 2005). Miranda *et al.* (2006) afirmam que os princípios básicos para a assistência de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas não se diferenciam das demais formas de cuidado, mas requer a necessidade de promover a aliança terapêutica por meio de um ambiente acolhedor e relação de empatia, pautada no relacionamento interpessoal.

A assistência de enfermagem sistematizada consiste na utilização das etapas do processo de enfermagem. O seu reconhecimento se faz importante para a conquista de uma maior autonomia profissional. Sua efetivação evidencia os problemas que a Enfermagem pode identificar e tratar independentemente e contribui para dissolver a ideia de que a prática da Enfermagem é baseada apenas realização das prescrições do médico (RALPH; TAYLOR, 2009). A obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em todos os ambientes, públicos ou privados, onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem são respaldadas pela Resolução nº 358 (COFEN, 2009).

Dentre as etapas que compõem o processo de enfermagem, destaca-se o diagnóstico de enfermagem, que sintetiza os achados encontrados na fase anterior, de coleta de dados e tem grande relevância por subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA-I como um julgamento clínico que o enfermeiro realiza sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade frente a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais (HERDMAN, 2013).

No tocante à identificação de diagnósticos de enfermagem ao portador de Síndrome da Dependência Alcoólica, destacam-se aqueles voltados às necessidades biopsicossociais afetadas no indivíduo, mas também a identificação de diagnósticos relacionados à família. Sobre isto, Carício (2009) afirma que o alcoolismo produz um quadro de doenças na pessoa dependente, que afeta a qualidade de sua vida pessoal, bem como efeitos colaterais que trazem prejuízos sociais, como perda da capacidade profissional, conflitos e crises pessoais e interpessoais, o que prejudica principalmente a família.

Os familiares dos dependentes de álcool necessitam tanto de cuidados como os próprios alcoolistas. Na sistematização da assistência de enfermagem a portadores de Síndrome da Dependência Alcoólica, destaca-se o diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais. Este diagnóstico está presente na NANDA-I desde 1994 e sofreu alteração em sua denominação, a exemplo Processos familiares alterados: alcoolismo, Processos familiares disfuncionais: alcoolismo e, atualmente, apenas Processos familiares disfuncionais, o que evidencia sua ampliação a demais situações que interferem no contexto familiar, além do alcoolismo.

O diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais está inserido no domínio “Papeis e relacionamentos” e na classe “Relações familiares”; conta com oito fatores relacionados e 115 características definidoras, distribuídas entre características comportamentais, de papeis e relacionamentos e sentimentos. O diagnóstico sofreu uma

ampliação em seu conceito e pode ser vinculado a quaisquer problemas que desencadeiem situações de conflitos familiares além do alcoolismo e, em sua última versão, o fator relacionado “abuso do álcool” foi ampliado para “abuso de substâncias” (HERDMAN, 2013).

A verificação da validade deste diagnóstico de enfermagem é necessária devido à relevância deste para os alcoolistas, ao número elevado de características definidoras e às similaridades entre os seus elementos. A validade de um diagnóstico refere-se ao grau em que ele representa o verdadeiro problema do paciente, por meio de um processo em que se conclua se as características que o definem são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica (GARCIA, 1998).

Oliva e Cruz (2002) ressaltam que estudos de validação de diagnósticos são necessários para a consolidação dos conceitos que expressam os focos clínicos da assistência de enfermagem e para esclarecer os limites de atuação da profissão. Neste sentido, Cavalcante *et al.* (2010) corroboram que estudos sobre características definidoras para uma população específica devem ser estimulados, visto que a literatura nesta área ainda é escassa e estes estudos podem servir como guia para a prática clínica, contribuir para a identificação correta do diagnóstico e implementação efetiva da sistematização da assistência de enfermagem e tornar a linguagem da NANDA-I mais acessível aos enfermeiros.

Para validar um diagnóstico de enfermagem, diversos modelos têm sido propostos. O modelo de Fehring tem sido o mais utilizado em estudos de validação de diagnósticos em cursos de pós-graduação em Enfermagem no Brasil, conforme aponta estudo de Chaves, Carvalho e Rossi (2008). O modelo proposto por Fehring (1987) engloba a validação de conteúdo diagnóstico, a validação clínica de diagnóstico e a correlação etiológica, esta última utilizada quando se busca realizar a validação diferencial de diagnósticos. Posteriormente, Hoskins (1989) descreveu três fases para a metodologia de validação clínica de diagnósticos de enfermagem: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica. Lopes, Silva e Araújo (2012) apresentam uma metodologia desenvolvida em três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia de indicadores clínicos. Este modelo sobressai pelo rigor metodológico e tratamento estatístico dos dados.

Fehring (1987) aponta que os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I contem uma lista de características definidoras em que muitas destas não são relevantes e não são identificadas na prática clínica, o que distancia a utilização dos diagnósticos na prática e restringe-os apenas às atividades impostas na academia. O autor destaca ainda que alguns diagnósticos são incluídos na NANDA-I com pouca evidência empírica. Assim, tornam-se necessários estudos para testagem, validação e refinamento de diagnósticos de enfermagem,

com vistas a contribuir para seu uso efetivo na prática assistencial. Neste contexto, este estudo parte das seguintes questões norteadoras:

- Quais características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais em portadores de síndrome da dependência alcoólica são apontadas pela literatura? Como elas podem ser definidas e mensuradas?
- Existem outras características definidoras do referido diagnóstico, não contempladas na Taxonomia da NANDA-I, que se manifestam em portadores de síndrome da dependência alcoólica?
- Quais características definidoras podem auxiliar na identificação do diagnóstico de enfermagem processos familiares disfuncionais em portadores de síndrome da dependência alcoólica?

A partir da necessidade de legitimar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais, desenvolveu-se este estudo, com o objetivo geral de revisar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool. Tais aspectos possibilitarão uma melhor identificação do diagnóstico na prática clínica, de modo a subsidiar a assistência de enfermagem junto a portadores de Síndrome da Dependência Alcoólica e seus familiares.

Com vistas ao alcance do objetivo proposto, o estudo seguirá o modelo proposto por Lopes, Silva e Araujo (2012) para a revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais. Os autores apresentam três etapas que o pesquisador deve seguir para estudar a acurácia de indicadores clínicos baseado na abordagem de testes diagnósticos: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia de indicadores clínicos, as quais são apresentadas nos Capítulos I, II e III, a seguir.

CAPÍTULO I
ANÁLISE DE CONCEITO

1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DA ANÁLISE DE CONCEITO

A análise de conceito consiste em determinar os atributos particulares e característicos de um conceito, permitindo o desenvolvimento de um modelo para explicar por que se espera que determinadas características estejam presentes diante da ocorrência de um determinado fenômeno (HOSKINS, 1989). Lopes, Silva e Araujo (2012) afirmam que a meta da análise de conceito é identificar atributos, antecedentes e consequentes do diagnóstico de enfermagem em estudo, sendo estes componentes utilizados para revisar a definição do diagnóstico (atributos) e identificar as características definidoras (consequentes) e fatores relacionados (antecedentes), bem como construir definições operacionais para cada indicador clínico. Para proceder à análise de conceito, os autores recomendam os modelos descritos por Rodgers e Knafl (2000) ou por Walker e Avant (2011) e a revisão integrativa da literatura.

A análise de conceito incorpora a revisão da literatura e corresponde à estrutura teórica do processo de pesquisa. A seguir, é descrito o modelo de análise de conceito proposto por Walker e Avant (2011), selecionado para a condução deste estudo e os passos da revisão integrativa da literatura.

1.1 Modelo de Análise de Conceito

O conceito é a representação ou construção mental de um fenômeno. Os conceitos são expressos por meio da linguagem e, portanto, os nomes e as definições a eles atribuídos podem ser adequados ou inadequados. O processo de análise consiste em decompor o todo em suas partes para que o conceito seja melhor compreendido. Assim, cada parte é analisada em relação às outras partes e ao todo. A análise de conceito permite examinar a estrutura em função de seus elementos básicos (WALKER; AVANT, 2011).

A análise de conceito consiste em um exercício intelectual que visa ao esclarecimento de um conceito de interesse, visto que, algumas vezes, esses conceitos são mal compreendidos e mal utilizados devido à terminologia confusa ou ao modo como foram construídos, o que suscita a necessidade de estratégias que colaborem para a sua clarificação, de forma que ele possa representar fidedignamente a realidade. Devido às modificações contínuas e complexas do conhecimento científico ao longo do tempo, emerge a necessidade da análise dos conceitos de interesse para a prática cotidiana, pois, por meio de tal análise, é possível experimentar intercâmbio entre saberes, explicar a natureza da Enfermagem, definir seu campo específico e sua metodologia científica (FERNANDES *et al.*, 2011).

Walker e Avant (2011) apontam como propósitos e usos da análise de conceito: ajudar a distinguir os conceitos, refinar conceitos ambíguos em uma teoria, ajudar a esclarecer os conceitos vagos que são prevalentes na Enfermagem, incrementar a validação de um construto, auxiliar na construção de instrumentos ou na avaliação de instrumentos existentes e colaborar para o desenvolvimento de uma linguagem padronizada para descrever a prática da enfermagem. O Modelo de Análise de Conceito proposto pelas autoras consiste em oito etapas: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar os referenciais empíricos.

Na primeira etapa, o pesquisador deve selecionar um conceito que tenha relação com o seu trabalho, o qual tenha emergido de suas inquietações. O conceito a ser analisado deve ser manejável, fácil de trabalhar, bem como ser importante e inexplorado. A etapa seguinte consiste em determinar o objetivo da análise. O pesquisador deve se questionar: por que estou fazendo esta análise? (WALKER; AVANT, 2011).

Para identificar os usos do conceito, o pesquisador deve conhecer todos os seus significados por meio de dicionários, enciclopédias, literatura e colegas. Não se deve limitar apenas a um aspecto do conceito ou apenas a uma literatura específica. Além desta visão global, o pesquisador deve buscar os usos do conceito que tem relação direta com os objetivos de seu estudo (WALKER; AVANT, 2011). Enders, Brito e Monteiro (2004) enfatizam que os conceitos que têm origem em disciplinas relacionadas e são utilizados pela enfermagem, também precisam de análise no que se refere a sua aplicação nos contextos da área.

A quarta etapa, que tem o propósito de determinar os atributos críticos, é destacada por Walker e Avant (2011) como o coração da análise de conceito. Nesta etapa, busca-se identificar os atributos que estão mais frequentemente associados ao conceito, principalmente as características do conceito que aparecem mais de uma vez. Enquanto etapa de um estudo de revisão de diagnóstico de enfermagem, Lopes, Silva e Araujo (2012) afirmam que os atributos críticos são usados para revisar a definição do diagnóstico.

O pesquisador deve identificar os diferentes contextos em que se pode encontrar o conceito. As etapas seguintes consistem em identificar casos modelos e casos adicionais. O caso modelo é um exemplo do uso do conceito que demonstra todos os seus atributos definidores. Refere-se àquele caso em que o pesquisador está absolutamente convicto que é uma instância do conceito e pode ser um exemplo atual da vida real, encontrado na literatura, uma situação clínica da Enfermagem ou mesmo uma construção mental do pesquisador. Os casos adicionais auxiliam a definir o que pode ser considerado como atributo definidor ou

não. Estes casos podem ser limítrofes, relacionados, inventados, casos contrários, modelos da vida real, da literatura ou construídos pelo pesquisador (WALKER; AVANT, 2011).

Walker e Avant (2011) definem como casos limítrofes aqueles exemplos ou instâncias que contêm a maioria dos atributos definidores do conceito. Podem conter a maioria ou até mesmo todas as características definidoras, mas diferem substancialmente na duração do tempo ou intensidade da ocorrência. Os casos relacionados são instâncias de conceitos que estão relacionados ao conceito estudado, mas não contêm todos os atributos definidores. Os conceitos são similares e conectados ao conceito estudado. Os casos contrários são exemplos claros do que não é o conceito. Eles ajudam a determinar o conjunto final de atributos definidores e são úteis porque permitem afirmar o quanto o conceito analisado é diferente do caso oposto. Os casos inventados são aqueles que contêm ideias fora da própria experiência do enfermeiro. Os casos ilegítimos fornecem um exemplo do conceito usado inapropriadamente ou fora do contexto. Destaca-se que nem todas as análises de conceito necessitam de exemplos de casos adicionais.

A penúltima etapa da análise de conceito, com o propósito de identificar antecedentes e consequentes, ilumina consideravelmente o contexto social no qual o conceito é geralmente usado. Os antecedentes são aqueles eventos ou acontecimentos que devem anteceder a ocorrência do conceito e são úteis para ajudar a identificar suposições básicas do conceito estudado. Os consequentes são aqueles eventos ou acontecimentos que ocorrem como resultados da ocorrência do conceito e são úteis para determinar ideias negligenciadas, variáveis ou relações que podem gerar novas pesquisas (WALKER; AVANT, 2011). De acordo com Lopes, Silva e Araujo (2012), os antecedentes e consequentes são usados para identificar os fatores relacionados e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem, respectivamente.

Determinar os referenciais empíricos é a última etapa da análise de conceito. Referenciais empíricos são classes ou categorias do fenômeno atual que, pela sua existência ou presença, demonstra a ocorrência do conceito em si. Em muitos casos, os atributos definidores e os referenciais empíricos serão idênticos (WALKER; AVANT, 2011). Na análise de conceito realizada enquanto etapa de validação de diagnóstico de enfermagem, a determinação de referenciais empíricos destaca-se por permitir a construção de definições operacionais dos elementos que compõem o diagnóstico, para a sua mensuração.

Como limitações da análise de conceito, Walker e Avant (2011) afirmam que muitos conceitos mantêm valores implícitos ou explícitos para o pesquisador. A ansiedade em concluir, considerar que a análise é fácil, a compulsão para analisar tudo ou adicionar

atributos definidores supérfluos também podem se constituir em barreiras para uma análise efetiva. Dentre as vantagens do modelo, as autoras afirmam que a análise de conceito refina termos ambíguos em teoria, educação, pesquisa e prática; fornece definições operacionais com uma base teórica clara; fornece uma compreensão dos atributos de um conceito, facilita o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa e permite o desenvolvimento da linguagem em Enfermagem.

1.2 Revisão Integrativa da Literatura

A revisão integrativa da literatura é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, visto que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, de modo a proporcionar uma compreensão completa do fenômeno analisado. Dentre os seus propósitos, estão: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos específicos. A revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta importante na área da saúde, por sintetizar as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direcionar a prática fundamentada em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Revisões integrativas, quando bem delineadas, apresentam o estado da ciência, contribuem para o desenvolvimento da teoria e têm aplicabilidade direta para a prática e a política (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para a condução da revisão integrativa, Mendes, Silveira e Galvão (2008) afirmam que é necessário seguir padrões de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. As etapas metodológicas da revisão integrativa, descritas pelas autoras, são: 1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem ou busca na literatura), 3. Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados (categorização dos estudos), 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, 5. Interpretação dos resultados e 6. Apresentação da revisão (síntese do conhecimento).

A primeira etapa, identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, inicia a partir do interesse do revisor por um tema ou problema vivenciado por ele na prática clínica, que apresente relevância para a saúde e a enfermagem. O assunto deve ser definido de maneira clara e específica e a questão de pesquisa deve ser delimitada, pois esta primeira etapa é norteadora para a condução de uma revisão integrativa elaborada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Whitemore e Knafl (2005) afirmam que a identificação do

problema e o propósito da revisão de forma clara são essenciais para delimitar o foco e os limites do processo de revisão integrativa.

A segunda etapa, denominada estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos / amostragem ou busca na literatura, está vinculada à etapa anterior, pois o problema de pesquisa e o objetivo da revisão é que vão determinar a seleção da amostra. A busca é realizada nas bases de dados por meio de acesso eletrônico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Além das bases de dados, Souza, Silva e Carvalho (2010) indicam a busca manual em periódicos, em referências descritas nos estudos selecionados, por meio de contato com pesquisadores e a utilização de material não publicado. Whittemore e Knafl (2005) explicam que as buscas em bases de dados eletrônicas são eficientes e eficazes, porém, possuem limitações no tocante à terminologia inconsistente e problemas de indexação, assim, recomendam outras abordagens para a busca na literatura.

Após a realização da busca, Souza, Silva e Carvalho (2010) afirmam que a conduta ideal seria incluir todos os estudos encontrados ou a sua seleção randomizada; porém, se as duas possibilidades forem inviáveis pelo quantitativo de trabalhos, deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. Mendes, Silveira e Galvão (2008) defendem que esse procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, pois a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão. Assim, todas as decisões acerca dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos devem ser documentadas e justificadas na descrição da metodologia da revisão. As autoras recomendam ainda que o processo de busca e seleção da amostra seja realizado, preferencialmente, por dois revisores de forma independente.

A terceira etapa compreende a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos e ocorre por meio de um instrumento que permite reunir e sintetizar as informações-chave. Tem por objetivo organizar e sumarizar as informações de modo conciso em um banco de dados de fácil acesso e manejo. Nesta etapa, os estudos são avaliados quanto ao nível de evidência, os sujeitos do estudo, os objetivos, a metodologia empregada, os resultados e as principais conclusões de cada estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Souza, Silva e Carvalho (2010) reforçam que a utilização de um instrumento previamente elaborado se faz necessária, para assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem de informações e servir como registro.

A quarta etapa, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, contempla a análise dos dados coletados, com o uso de ferramentas apropriadas. De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a análise deve ser realizada de forma crítica, de forma a comparar os resultados diferentes ou similares a outros estudos. O revisor deve selecionar o método de análise mais adequado aos objetivos do estudo, por exemplo, a aplicação de análises estatísticas, de acordo com o delineamento da pesquisa.

Para auxiliar esta etapa, Mendes, Silveira e Galvão (2008) apontam questões que podem ser utilizadas para realizar uma avaliação crítica dos estudos selecionados: qual é a questão da pesquisa? Qual é a base para a questão da pesquisa? Por que a questão é importante? Como eram as questões de pesquisas já realizadas? A metodologia do estudo está adequada? Os sujeitos foram selecionados para o estudo corretamente? O que a questão da pesquisa responde? A resposta está correta? Quais pesquisas futuras serão necessárias?

A quinta etapa, interpretação dos resultados, corresponde à discussão dos achados em comparação com o conhecimento teórico, identificação das principais conclusões e implicações para a prática. A identificação de lacunas permite que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para finalizar a revisão integrativa, é realizada a etapa de apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Mendes, Silveira e Galvão (2008) explicam que esta etapa consiste na elaboração de um documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Whittemore e Knafl (2005) apontam que a revisão pode ser apresentada em tabela ou em forma de diagrama. As autoras destacam ainda que devem ser fornecidos detalhes explícitos das fontes primárias e demonstrar uma cadeia lógica de evidências, de modo que o leitor verifique que as conclusões da revisão não excedem a evidência. Resultados que captam a profundidade e a amplitude do tema, contribuem para uma nova compreensão do fenômeno de interesse e para as implicações para a prática, pesquisa e política.

2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

- Identificar atributos, antecedentes e consequentes do conceito família disfuncional;
- Relacionar os consequentes evidenciados na literatura com as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool propostas pela NANDA-I;
- Identificar elementos que subsidiem a construção de definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool.

3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

Para a operacionalização desta etapa, as fases da revisão integrativa da literatura e da análise de conceito ocorreram de forma interativa e concomitante, mesmo sendo, didaticamente, apresentadas separadamente.

3.1 Revisão Integrativa da Literatura

A primeira etapa, identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, abordou o tema relacionado ao diagnóstico de enfermagem em estudo: Processos familiares disfuncionais. Para direcionar a revisão integrativa, formularam-se as seguintes questões de pesquisa: Como se apresentam os processos familiares disfuncionais na literatura? Quais características definem a família disfuncional? Como elas podem ser definidas e mensuradas?

A segunda etapa da revisão integrativa é denominada estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos / amostragem ou busca na literatura. A busca foi realizada por meio de acesso *online* às bases de dados: Scopus, *Public/Publish Medline* (PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Foram utilizadas como palavras-chaves o descritor controlado *alcoholism* e o descritor não controlado *dysfunctional family*. No cruzamento dos descritores, utilizou-se o operador booleano AND. Os critérios de inclusão dos artigos foram: estar publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol; atender ao objetivo do estudo e; estar disponível eletronicamente em texto completo. Foram excluídos editoriais e cartas ao editor. Não foi realizado recorte temporal.

Foram selecionados 12 artigos para fundamentar a análise do conceito Família disfuncional relacionada a abuso de álcool. A Tabela 1 mostra a seleção dos artigos por base de dados, de acordo com os critérios avaliados.

Tabela 1 – Artigos selecionados por base de dados após a avaliação inicial. Fortaleza, 2013

Avaliação	Scopus	PubMed	CINAHL	Total
Total encontrado	64	38	11	113
Não é artigo completo de pesquisa	1	4	-	5
Idioma diferente do inglês, português ou espanhol	3	2	-	5
Não atende ao objetivo do estudo	46	31	6	83
Indisponível eletronicamente	8	-	-	8
Total selecionado	6	1	5	12

A terceira etapa, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, foi realizada por meio de um instrumento de coleta de dados que contemplou dados referentes à caracterização dos estudos, tais como: título,

autores, país, ano de publicação, objetivos, nível de evidência, área, sujeitos, cenário e temática dos estudos. Além dos dados de caracterização, o instrumento abordou os dados referentes à análise de conceito, com vistas ao alcance dos objetivos do estudo (APÊNDICE A).

Para a classificação do nível de evidência dos estudos, utilizou-se a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2010) apresentada no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Classificação dos níveis de evidência

Níveis de evidência
I – Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II – Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III – Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV – Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V – Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI – Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII – Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas

Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt (2010).

A quarta etapa, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, a qual contempla a análise dos dados coletados e a quinta etapa, interpretação dos resultados, ocorreram por meio do Modelo de Análise de Conceito. Foram identificados os atributos críticos e os consequentes do conceito “família disfuncional” que tinham o abuso de álcool como antecedente, bem como a análise de fragmentos que subsidiaram a construção das definições conceituais e operacionais. Haja vista que o estudo partiu do abuso de álcool como antecedente, buscou-se na literatura os antecedentes do alcoolismo.

Para a construção das definições conceituais e operacionais das características definidoras, utilizaram-se também artigos científicos das áreas de enfermagem, psicologia e medicina não incluídos na amostra; livros da área de enfermagem clínica, semiologia, enfermagem psiquiátrica, psicologia, medicina/ psiquiatria; dicionários especializados de termos técnicos da área da saúde (enfermagem/ medicina), psicologia, filosofia e, por fim, dicionários da língua portuguesa.

Os dados foram discutidos com base na literatura relacionada à temática. A etapa final da revisão integrativa, apresentação da revisão/ síntese do conhecimento, foi realizada por meio de quadros e tabelas.

3.2 Modelo de Análise de Conceito

Para a operacionalização da análise de conceito, foram utilizadas as etapas do modelo proposto por Walker e Avant (2011): escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os atributos críticos, antecedentes e consequentes e determinar os referenciais empíricos. O conceito escolhido para a análise foi Família disfuncional, devido o mesmo estar relacionado ao diagnóstico de enfermagem em estudo, Processos familiares disfuncionais, no intuito de alcançar os objetivos específicos propostos.

Para subsidiar a investigação dos antecedentes do alcoolismo, buscou-se responder à seguinte questão: Que eventos, situações e ou fenômenos contribuem para a evidência do conceito de alcoolismo? Para a identificação dos atributos do conceito em estudo, foram formulados os seguintes questionamentos: como os autores definem o conceito? Quais as características ou atributos apontados?

Para a identificação dos consequentes do conceito, buscou-se responder à seguinte questão: Quais indicadores clínicos caracterizam a disfunção familiar relacionada ao abuso de álcool? A partir da resposta a este questionamento, foi feita uma correlação entre os consequentes encontrados na literatura e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais. Assim, foi analisada a possibilidade de inclusão de novas características definidoras não mencionadas na NANDA-I, mas consideradas relevantes pela literatura ou mesmo a exclusão daquelas presentes no diagnóstico, mas que não foram mencionadas na revisão.

Embora a NANDA-I apresente oito fatores relacionados ao diagnóstico, selecionou-se o abuso de substâncias, especificamente o álcool, por ser considerado o mais pertinente ao objetivo do estudo. Os fatores relacionados “Falta de habilidade para resolver problemas”, “Habilidades de enfrentamento inadequadas”, “História familiar de resistência a tratamento” são encontrados em outros contextos, além do alcoolismo. Estes podem ser encontrados em diversas situações que possam trazer como consequência a disfunção familiar. E os demais fatores relacionados “História familiar de abuso de substâncias”, “Influências bioquímicas”, “Personalidade que predispõe ao vício” e “Predisposição genética ao abuso de substância” são considerados antecedentes do abuso de substâncias/ alcoolismo e este, o alcoolismo, o antecedente da disfunção familiar.

Após a delimitação dos consequentes relevantes do conceito, foram construídas as definições conceituais e as definições operacionais. Haja vista que a literatura estudada, resultante da busca nas bases de dados, não apresentou subsídios suficientes para estas construções, foram utilizadas literaturas adicionais, como outros artigos, livros e dicionários,

conforme se detalhou na revisão integrativa, bem como a experiência da pesquisadora e de seu orientador. As definições conceituais e operacionais aqui construídas subsidiaram os itens que compuseram o instrumento de coleta de dados validado pelos especialistas, na etapa seguinte do estudo.

4 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

4.1 Caracterização dos estudos

A Tabela 2, a seguir, apresenta a caracterização dos artigos selecionados para esta etapa do estudo.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos de acordo com país, ano de publicação, nível de evidência, área, sujeitos, cenário e temática dos estudos. Fortaleza, 2013

Variáveis	N	%
País		
Estados Unidos	8	66,66
Inglaterra	1	8,33
Itália	1	8,33
Rússia	1	8,33
Coreia do Sul	1	8,33
Total	12	100,00
Ano de Publicação		
Anterior a 2000	3	25,00
2000 a 2005	5	41,66
2006 a 2010	4	33,33
Total	12	100,00
Nível de evidência		
III	1	8,33
IV	2	16,66
VI	9	75,00
Total	12	100,00
Área		
Psicologia	5	41,66
Medicina	4	33,33
Enfermagem	2	16,66
Comunicação	1	8,33
Total	12	100,00
Sujeitos		
Adultos	7	58,33
Estudantes universitários	3	27,00
Adolescentes	2	16,66
Total	12	100,00
Cenário		
Comunidade	5	41,66
Universidade	3	27,00
Ambulatório	2	16,66
Clínica especializada	1	8,33
Centro de detenção	1	8,33
Total	12	100,00
Temática		
Consequências do alcoolismo para os filhos	7	58,33
Causas do alcoolismo	2	16,66
Abuso de álcool por adolescentes	1	8,33

Referenciais e recursos para tratamento do alcoolismo na família	1	8,33
Manejo da raiva em famílias de alcoolistas	1	8,33
Total	12	100,00

Conforme apresentado na Tabela 2, os artigos foram originários principalmente dos Estados Unidos (66,66%), divulgados entre os anos de 2000 a 2005 (41,66%) e desenvolvidos por psicólogos (41,66%), médicos (33,33%) e enfermeiros (16,66%). Quanto ao nível de evidência, a maioria (75,00%) foi classificada com nível VI, com predomínio dos estudos descritivos (N=8) e um estudo qualitativo, o que demonstra a carência de evidências clínicas fortes.

Os sujeitos dos estudos foram, em sua maioria, adultos (58,33%), seguidos de estudantes universitários (27,00%) e adolescentes (16,66%). Em relação ao cenário dos estudos, houve predomínio daqueles desenvolvidos em comunidades (41,66%), em que os sujeitos eram recrutados por meio de ampla divulgação de convite para participação na pesquisa.

No tocante à temática abordada, destacaram-se os estudos voltados para as consequências do alcoolismo para os filhos (58,33%), os quais buscaram a relação entre os problemas enfrentados por adolescentes e adultos e o alcoolismo parental.

4.2 Análise de conceito

A análise dos artigos permitiu a identificação de antecedentes do alcoolismo, atributos e consequentes da família disfuncional, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Antecedentes, atributos e consequentes do conceito

REFERÊNCIAS	ANTECEDENTES DO ALCOOLISMO	ATRIBUTOS DE FAMÍLIA DISFUNCIONAL	CONSEQUENTES DE FAMÍLIA DISFUNCIONAL
BARNETT, M. A. All in the family: resources and referrals for alcoholism. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners , v. 16, n. 10, p. 467-472, 2003.	-	Alto nível de conflito; Baixo nível de coesão; Resolução de problemas prejudicada; Comunicação hostil; Confusão de papéis; Reversão de papéis; Hierarquia distorcida; Falta de confiança	Filhos se tornam alcoolistas e usuários de drogas; Isolamento social; Divórcio; Filhos com baixo rendimento escolar; Filhos abandonam escola; Psicopatologia de crianças; Problemas de saúde e comportamentais de filhos; Transtornos ansiosos de filhos; Filhos com baixa auto-estima, depressão, doenças relacionadas ao stress, dificuldades na escola,

			risco de suicídio, transtornos alimentares e gravidez na adolescência; Negligência física e emocional de filhos; Abuso verbal, físico e sexual de filhos; Violência física e verbal da esposa; Qualidade, estabilidade e satisfação matrimonial afetada; Planejamento de atividades prejudicado; Não aderência à rotina familiar; Negação de sentimentos; Depressão; Desintegração da família
BURNETT, G. <i>et al.</i> Family unpredictability, parental alcoholism, and the development of parentification. The American Journal of Family Therapy , v. 34, n. 3, p. 181-189, 2006.	-	Sistema de regulação da família inconsistente; Comportamentos inconsistentes; Disciplina inconsistente; Interrupção ou falta de ritual das refeições; Inconsistência dos recursos financeiros	Parentificação; Dificuldades de enfrentamento; Abuso de substâncias; Transtorno de humos em crianças; Crianças se sentindo sozinhas, confusas e fora de controle emocional
DUBE, S. R. <i>et al.</i> Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. Addictive Behaviors , v. 27, n. 5, p. 713-725, 2002.	Abuso na infância (verbal, físico, sexual); Transtornos familiares; Alcoolismo familiar; Uso de drogas pelos pais; Violência doméstica; Discórdia conjugal dos pais; Doença mental na família; Crime e prisão de membro da família; Transmissão genética	-	
HARINGTON, C. M.; METZLER, A. E. Are adult children of dysfunctional families with alcoholism different from adult children of dysfunctional families without alcoholism? A look at committed, intimate relationships, Journal of Counseling Psychology , v. 44, n.	-	Padrão interativo familiar prejudicado; Organização e manejo familiar prejudicado; Padrão de comunicação disfuncional	Relacionamentos comprometidos; Baixa auto-estima; Vergonha; Presença de vícios; Problemas emocionais

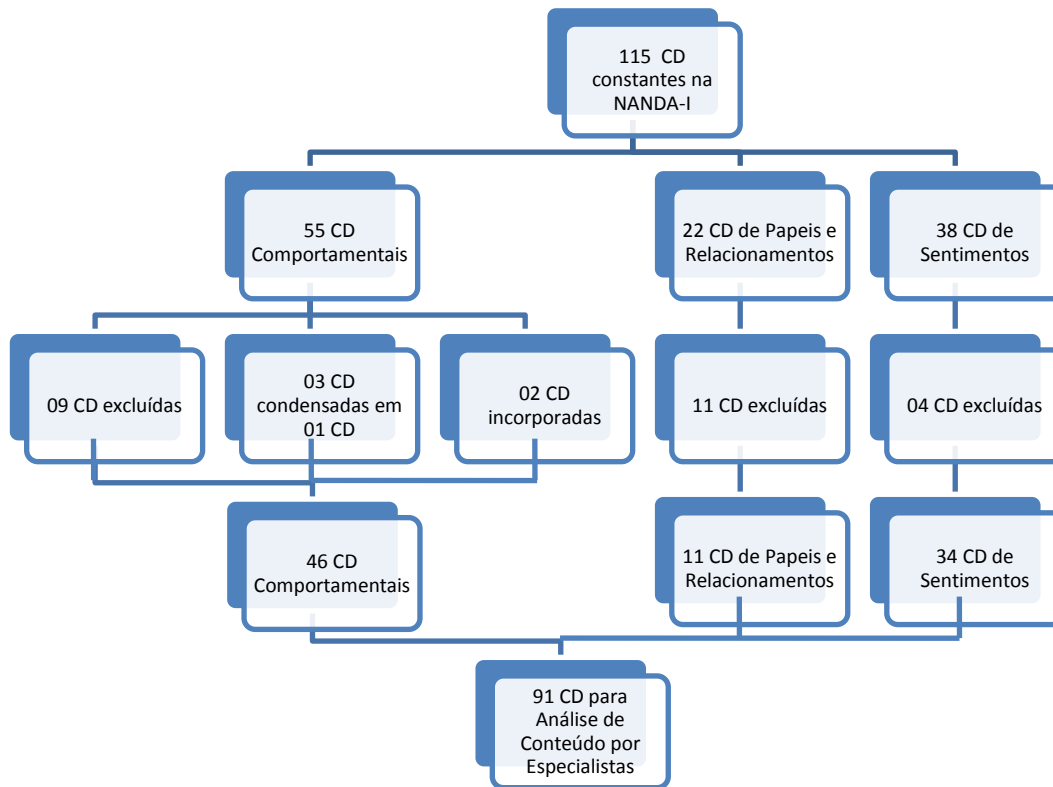
1, p. 102-107, 1997.			
HARTER, S. L.; VANECEK, R. J. Cognitive assumptions and long-term distress in survivors of childhood abuse, parental alcoholism, and dysfunctional family environments, Cognitive therapy and research , v. 24, n. 4, p. 445-472, 2000.	Espiritualidade reduzida; Baixa educação dos pais	Apoio dos pais, coesão e adaptabilidade reduzidos; Conflitos aumentados; Punição; Estrutura patriarcal e autoritária	Abuso de crianças; Sentimentos negativos
KAPOSOV, R. A. <i>et al.</i> Alcohol abuse in Russian delinquent adolescents: associations with comorbid psychopathology, personality and parenting. European Child & Adolescent Psychiatry , v. 14, n. 5, p. 254-261, 2005.	Fatores de personalidade; Psicopatologia; Fatores relacionados aos pais; Alcoolismo familiar	-	Transtorno de humor e ansiedade; Fobia social; Comportamento suicida; Estresse pós-traumático; Transtorno de conduta; Déficit de atenção; Hiperatividade; Comportamento anti- social; Abuso de drogas; Delinquência juvenil; Falta de amor, calor e proximidade
MARCHIORI, E. <i>et al.</i> Dependence, locus of control, parental bonding, and personality disorders: a study in alcoholics and controls, Alcohol & alcoholism , v. 34, n. 3, p. 396-401, 1999.	Traços de personalidade; Fatores sócio-culturais e Sistema familiar disfuncional	-	-
MENEES, M. M., SEGRIN, C. The specificity of disrupted processes in families of adults children of alcoholics, Alcohol & alcoholism , v. 35, n. 4, p. 361-367, 2000.	-	Problemas nas relações familiares; Conflito familiar; Problemas na comunicação na família	Bem-estar psicossocial negativo; Filhos com: envolvimento com uso de álcool e drogas, depressão, agorafobia fobia social, ansiedade generalizada, baixo controle comportamental, baixa auto-estima, baixos escores em teste de habilidade verbal, baixo rendimento acadêmico, depressão, insatisfação conjugal; Abuso e violência dos pais; Negligência
OHANNESSIAN, C. M. <i>et al.</i> Parental substance use and	-	-	Filhos: problemas psicológicos (transtorno depressivo), problemas

adolescent adjustment: a micro-level approach, The prevention researcher , v. 13, n. 4, p. 7-9, 2006.			comportamentais (transtorno de conduta) e abuso de substâncias (dependência do álcool)
RAFFERTY, P.; HARTLEY, P. Shame about the children: a legacy of distress for adults who have grown up with parental problem drinking and family disharmony? Journal of Substance Use , v. 11, n. 2, p. 115-127, 2006.	-	Relações tensas; Comunicação tensa; Silêncios hostis; Rotinas interrompidas; Celebrações familiares deterioradas; Negligência; Discussões; Comportamento abusivo ou violento	Filhos de alcoolistas ter problemas na vida adulta (vergonha e culpa patológica); Isolamento social
SON, J. Y.; CHOI, Y. J. The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders. Archives of Psychiatric Nursing , v. 24, n. 1, p. 38-45, 2010.	-	Comportamento mal adaptativo	Desemprego, Ansiedade, Pobreza, Depressão, Violência, Fuga, Divórcio, Desgosto, Raiva, Frustração, Negação de sentimentos, Repressão de sentimentos, Perturbação de papéis e funções, Conflitos, Deficiência de comunicação, Problemas físicos e psicológicos, Depressão, Obesidade, Insônia, Infelicidade, Desesperança, Mágoa, Frustração, Tensão, Culpa, Mau humor, Impotência, Solidão, Desconfiança, Raiva, Ansiedade, Angústia, Insegurança, Isolamento emocional, Diminuição da auto-estima
WRIGHT, D. M.; HEPPNER, P. P. Examining the well-being of nonclinical college students: is knowledge of the presence of parental alcoholism useful? Journal of Counseling Psychology , v. 40, n. 3, p. 324-334, 1993.	Depressão; Idéias e comportamentos suicidas; Abuso físico e sexual	Menos confiança na resolução de problemas; Relacionamento prejudicado com familiares e sociedade em geral	Para as crianças: problemas emocionais e comportamentais, enurese, distúrbios do sono, asma, dor de cabeça, dor de estômago, dependência agressividade, baixa auto-estima; Para os adolescentes: problemas relacionados a escola, problemas com a polícia e tribunais, casamento

			precoce, gravidez indesejada, alta incidência de abuso de álcool e substância; Falta de confiança; Dificuldade para identificar e expressar sentimentos; Hipervigilância; Falta de controle; Habilidade de enfrentamento inadequada; Problemas interpessoais; Baixa auto-estima
--	--	--	---

Os conseqüentes do conceito foram correlacionados com as características definidoras do diagnóstico Processos familiares disfuncionais. A partir das evidências encontradas na literatura e da taxonomia da NANDA-I, foram selecionadas 91 características definidoras para esta etapa do estudo, das quais 89 constam na referida taxonomia e duas foram incorporadas pela análise de conceito. A Figura 1 apresenta as alterações no quantitativo das características definidoras.

Figura 1 – Síntese das alterações no quantitativo das características definidoras após a análise de conceito



As características definidoras são apresentadas nos Quadros 3, 4 e 5, a seguir, distribuídas, respectivamente, em comportamentais, de papéis e relacionamentos e de sentimentos.

Quadro 3 – Definições conceituais e operacionais das características definidoras comportamentais

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS COMPORTAMENTAIS
1. Abuso de drogas
Definição Conceitual: Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde física ou psíquica (WHO, 2008)
Definição Operacional: Relato de consumo de substância psicoativa (especificar) que é prejudicial à sua saúde física ou psíquica (WHO, 2008).
2. Abuso verbal
Definição Conceitual: Uso de palavras para causar danos (insultar, intimidar, ameaçar, envergonhar, humilhar, assediar, reprimir, difamar, acusar, culpar, controlar ou depreciar) a um membro da família (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de ter feito uso de palavras para causar dano a um membro da família (especificar) (REY, 2008).
3. Abuso físico*
Definição Conceitual: Uso da força física para causar danos (bater, espancar) a um membro da família (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de ter feito uso da força física para causar dano a um membro da família (especificar) (REY, 2008).
4. Abuso sexual*
Definição Conceitual: Crime de violência caracterizado pela participação forçada em carícias ou ato sexual (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de ter cometido crime de violência caracterizado pela participação forçada em carícias ou ato sexual (REY, 2008).
5. Autocrítica muito rígida
Definição Conceitual: Processo de análise crítica de um indivíduo sobre seus próprios atos de modo severo, considerando principalmente os erros que possa ter cometido e suas perspectivas de correção e aprimoramento (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de analisar criticamente seus próprios atos de modo severo, considerando, principalmente, os erros que possa ter cometido e suas perspectivas de correção e aprimoramento (FERREIRA, 2010).
6. Busca de aprovação
Definição Conceitual: Esforço para obter a sensação de segurança derivada da aceitação do meio social, por meio do reconhecimento de seu valor e competência pelas pessoas com que se convive (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de esforço para obter a sensação de segurança derivada da aceitação do meio social, por meio do reconhecimento de seu valor e competência pelas pessoas com que convive (FERREIRA, 2010).
7. Caos
Definição Conceitual: Estado de confusão e desordem no âmbito familiar (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de estado de confusão e desordem no âmbito familiar (FERREIRA,

2010).
8. Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias
Definição Conceitual: Entendimento inapropriado ou errôneo acerca do uso nocivo de substâncias (ANDRIS <i>et al</i> , 2011).
Definição Operacional: Demonstração de entendimento inapropriado ou errôneo, quando questionado sobre: - O que você compreende por dependência? - Você acredita que é possível parar de beber quando quiser? - Você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo a dependência do álcool pode afetar as relações familiares e sociais em geral?
9. Comunicação contraditória
Definição Conceitual: Ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens contrárias, que se anulam (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que se anulam (FERREIRA, 2010).
10. Comunicação paradoxal
Definição Conceitual: Ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens contrárias, que coexistem (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que coexistem (FERREIRA, 2010).
11. Comunicação prejudicada
Definição Conceitual: Ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens de modo comprometido (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens de modo comprometido (REY, 2008).
12. Conflito crescente
Definição Conceitual: Relações familiares permeadas por embate, discussão ou desavença progressiva (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de que as relações em sua família são permeadas por embate, discussão ou desavença progressiva (FERREIRA, 2010).
13. Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias
Definição Conceitual: Déficit de informações adquiridas pelo estudo ou pela experiência acerca dos problemas de saúde causados pelo abuso de substâncias e suas formas de prevenção e tratamento (ANDRIS <i>et al</i> , 2011).
Definição Operacional: Apresentação de déficit de informações quando questionado sobre: - O que você compreende por dependência? - Você acredita que é possível parar de beber quando quiser? - Você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo a dependência do álcool pode afetar as relações familiares e sociais em geral?
14. Contato físico diminuído
Definição Conceitual: Ato de tocar afetivamente o membro da família, por meio de abraço ou aperto de mão, com frequência diminuída (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de tocar afetivamente o membro da família, por meio de abraço ou aperto de mão, com frequência diminuída (FERREIRA, 2010).
15. Controle da comunicação
Definição Conceitual: Fiscalização da emissão, transmissão ou recebimento de mensagens entre os

membros da família (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de fiscalizar a emissão, transmissão ou recebimento de mensagens entre os membros da família (FERREIRA, 2010).
16. Críticas
Definição Conceitual: Realização de comentários sobre atitudes de membro da família no intuito de apontar erros, falhas ou pontos a serem melhorados (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de realizar comentários sobre atitudes de membro da família no intuito de apontar erros, falhas ou pontos a serem melhorados (FERREIRA, 2010).
17. Dependência
Definição Conceitual: Forma de comportamento que sugere a incapacidade de tomar decisões sozinho (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).
Definição Operacional: Relato de incapacidade de tomar decisões sozinho (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).
18. Dependência de nicotina
Definição Conceitual: Desejo psíquico intenso por uma substância (nicotina) que pode ou não estar acompanhada por uma dependência fisiológica (WHO, 2008).
Definição Operacional: Relato de desejo intenso pela nicotina, acompanhada ou não por uma dependência fisiológica (WHO, 2008).
19. Dificuldade com relacionamentos íntimos
Definição Conceitual: Dificuldade com relacionamentos de forte afeição entre os membros da família (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de dificuldade com relacionamentos de forte afeição entre os membros da família (FERREIRA, 2010).
20. Dificuldade para divertir-se
Definição Conceitual: Dificuldade para realizar atividades de lazer, recreação ou entretenimento (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de dificuldade para realizar atividades de lazer, recreação ou entretenimento (FERREIRA, 2010).
21. Distúrbios de concentração
Definição Conceitual: Dificuldade para manter a atenção em algo (SILVA; SILVA; SANTIAGO, 2011).
Definição Operacional: Relato de dificuldade para manter a atenção em algo (SILVA; SILVA; SANTIAGO, 2011).
22. Distúrbios no desempenho escolar em crianças
Definição Conceitual: Comprometimento da capacidade do aluno atingir os padrões estabelecidos pela escola (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de que os filhos ou crianças da família apresentam comprometimento da capacidade para atingir os padrões estabelecidos pela escola (FERREIRA, 2010).
23. Somatização
Definição Conceitual: Doenças ou queixas físicas causadas por estresse ou sofrimento psicológico (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de ter doenças ou queixas físicas causadas por estresse ou sofrimento psicológico (REY, 2008).
24. Falta de confiabilidade

Definição Conceitual: Ausência da capacidade de uma pessoa realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de não conseguir realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas (FERREIRA, 2010).
25. Habilidades ineficazes para a resolução de problemas
Definição Conceitual: As tentativas de resolução de problemas realizadas pelo indivíduo não produzem o efeito esperado (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de que as tentativas de resolução de problemas que realiza não produzem o efeito esperado (FERREIRA, 2010).
26. Imaturidade
Definição Conceitual: Distúrbio do processo de amadurecimento de uma pessoa, que se manifesta por perturbações decorrentes da permanência de um indivíduo em estágios anteriores de desenvolvimento intelectual, emocional, moral ou psicomotor (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de apresentar distúrbio do processo de amadurecimento, manifestado por perturbações decorrentes da sua permanência em estágios anteriores de desenvolvimento intelectual, emocional, moral ou psicomotor (REY, 2008).
27. Incapacidade de aceitar ajuda
Definição Conceitual: Falta de habilidade para receber auxílio ou favor de outrem (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de não ter habilidade para receber auxílio ou favor de outrem (FERREIRA, 2010).
28. Incapacidade de aceitar sentimentos
Definição Conceitual: Falta de habilidade para reconhecer a presença dos seus sentimentos (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para reconhecer a presença dos seus sentimentos (FERREIRA, 2010).
29. Incapacidade de adaptar-se a mudanças
Definição Conceitual: Falta de habilidade para adequar-se às alterações do meio em que vive (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para adequar-se às alterações do meio em que vive (REY, 2008).
30. Incapacidade de lidar com conflitos
Definição Conceitual: Falta de habilidade para manejar as situações embaraçosas (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para manejar as situações embaraçosas (FERREIRA, 2010).
31. Incapacidade de expressar sentimentos
Definição Conceitual: Falta de habilidade para exteriorizar uma vasta gama de sentimentos (SILVA; SILVA; SANTIAGO, 2011).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para exteriorizar uma vasta gama de sentimentos (SILVA; SILVA; SANTIAGO, 2011).
32. Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas
Definição Conceitual: Falta de habilidade para buscar estratégias adequadas para a resolução de crise emocional associada a um evento anterior (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para buscar estratégias adequadas para a resolução de crise emocional associada a um evento anterior (FERREIRA, 2010).

33. Incapacidade de receber ajuda de forma apropriada
Definição Conceitual: Falta de habilidade para aceitar auxílio de outrem de modo adequado (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para aceitar auxílio de outrem de modo adequado (FERREIRA, 2010).
34. Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família
Definição Conceitual: Falta de habilidade para suprir a carência de proteção dos membros da família (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para suprir a carência de proteção dos membros da família (FERREIRA, 2010).
35. Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros
Definição Conceitual: Falta de habilidade para satisfazer a carência afetiva dos membros da família (PORTO, 2011).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para satisfazer a carência afetiva dos membros da família (PORTO, 2011).
36. Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros
Definição Conceitual: Falta de habilidade para satisfazer a carência relativa às crenças e religiosidade dos membros da família (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para satisfazer a carência relativa a crenças e religiosidade dos membros da família (FERREIRA, 2010).
37. Isolamento social
Definição Conceitual: Comportamento no qual o indivíduo deixa de participar de atividades em grupo, como trabalho e entretenimento (ANDERSON; ANDERSON, 2001).
Definição Operacional: Relato de ter deixado de participar de atividades em grupo, como trabalho e entretenimento (ANDERSON; ANDERSON, 2001).
38. Luta por poder
Definição Conceitual: Ato recorrente de dispor de força ou autoridade para a tomada de decisão (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de ato recorrente de dispor de força ou autoridade para a tomada de decisão (FERREIRA, 2010).
39. Manipulação
Definição Conceitual: Ato de controlar, mandar ou dominar uma pessoa em algum aspecto de sua vida e dirigir a sua conduta (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de controlar, mandar ou dominar uma pessoa da família em algum aspecto de sua vida e dirigir sua conduta (FERREIRA, 2010).
40. Mentiras
Definição Conceitual: Apresentar como verdade aquilo que se sabe ser falso, com a intenção de enganar o outro (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de apresentar como verdade aquilo que sabe ser falso, com a intenção de enganar o outro (FERREIRA, 2010).
41. Negação de problemas
Definição Conceitual: Evitar ou não reconhecer o significado de um problema a fim de minimizar a ansiedade ou conflito (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de evitar ou não reconhecer o significado de um problema a fim de

minimizar a ansiedade ou conflito (FERREIRA, 2010).
42. Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos
Definição Conceitual: Busca de estratégias que minimizam as repercussões físicas e/ ou emocionais de uma situação sem a resolução clara do problema que gera a descarga emocional (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de busca de estratégias que minimizam as repercussões físicas e/ ou emocionais de uma situação sem a resolução clara do problema que gera a descarga emocional (FERREIRA, 2010).
43. Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool)
Definição Conceitual: Atitudes que levam à manutenção do hábito de ingestão de álcool em detrimento de outras necessidades habituais (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de ter atitudes que levam à manutenção do hábito de ingestão de álcool em detrimento de outras necessidades habituais (FERREIRA, 2010).
44. Promessas rompidas
Definição Conceitual: Não realização de algo que o indivíduo se comprometeu a fazer (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de não ter realizado algo que se comprometeu a fazer (FERREIRA, 2010).
45. Racionalização
Definição Conceitual: Criação de explicações altamente racionais para fatores emocionais e motivacionais, no intuito de justificar seus comportamentos e sentimentos (ANDRIS <i>et al</i> , 2011).
Definição Operacional: Relato de criar explicações altamente racionais para fatores emocionais e motivacionais, no intuito de justificar seus comportamentos e sentimentos (ANDRIS <i>et al</i> , 2011).
46. Tristeza não resolvida
Definição Conceitual: Sentimento de desalento ou consternação persistente (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de sentimento de desalento ou consternação persistente (REY, 2008).
*Características definidoras não constantes na NANDA-I, incorporadas pela Análise de Conceito

O Quadro 3 apresenta 46 características definidoras comportamentais. Destas, 44 estão presentes na NANDA-I e duas foram incorporadas em decorrência de sua relevância, a partir da análise de conceito. Na NANDA-I constam 55 características definidoras comportamentais, assim, 09 foram excluídas e três foram condensadas em uma. As características definidoras Abuso verbal de pai/mãe, Abuso verbal do cônjuge e Abuso verbal dos filhos foram fundidas e originou a segunda característica definidora aqui apresentada: Abuso verbal. As características definidoras Dificuldades com as transições dos ciclos de vida e Falha em cumprir as tarefas do desenvolvimento foram excluídas por não se aplicarem à população em estudo, que são os alcoolistas adultos. As demais foram excluídas por apresentarem significado semelhante a outras características definidoras: Agitação é considerada uma manifestação da Ansiedade; considerou-se que a característica definidora As ocasiões especiais da família são centradas no uso de substâncias não representava um

indicador de disfunção familiar, mas um padrão adaptativo da família; Busca de afirmação denotava estar incorporada na característica Busca de aprovação; Culpa e Culpar a si mesmo foram consideradas semelhantes à característica definidora de sentimento Culpa; a Expressão de raiva inapropriada foi estabelecida como similar à Raiva; e a característica Recusa em obter ajuda foi definida como similar à Incapacidade de receber ajuda de forma apropriada.

Três características definidoras sofreram alterações em seus rótulos: Doenças físicas relacionadas ao estresse mudou para Somatização; Incapacidade de aceitar uma vasta gama de sentimentos para Incapacidade de aceitar sentimentos e Incapacidade de expressar uma vasta gama de sentimentos para Incapacidade de expressar sentimentos.

Quadro 4 – Definições conceituais e operacionais das características definidoras de papéis e relacionamentos

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE PAPEIS E RELACIONAMENTOS
47. Deterioração nos relacionamentos familiares
Definição Conceitual: Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e o amadurecimento mútuos (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato da capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e o amadurecimento mútuos (FERREIRA, 2010).
48. Dinâmicas familiares perturbadas
Definição Conceitual: Comprometimento das rotinas diárias e celebrações especiais, que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de comprometimento das rotinas diárias e celebrações especiais, que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família (FERREIRA, 2010).
49. Falta de coesão
Definição Conceitual: Ausência de harmonia, concordância, união, nexos ou coerência nas relações familiares (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de ausência de harmonia, concordância, união, nexos ou coerência nas relações familiares (FERREIRA, 2010).
50. Função de papel alterada
Definição Conceitual: Negligência de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (pai, mãe, filho, outros) (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de negligência de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (especificar) (FERREIRA, 2010).
51. Negação da família
Definição Conceitual: Família não reconhece o abuso de álcool por parte do paciente (ANDRIS <i>et al</i> , 2011).
Definição Operacional: Relato de que a família não reconhece o abuso de álcool por ele (ANDRIS <i>et al</i> , 2011).
52. Papéis familiares interrompidos
Definição Conceitual: Não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (pai, mãe, filho, outros) (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua

posição dentro da família (especificar) (FERREIRA, 2010).
53. Problemas conjugais
Definição Conceitual: Dificuldades na convivência, relacionamento e intimidade entre o casal (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de dificuldades na convivência, relacionamento e intimidade entre ele e seu cônjuge (FERREIRA, 2010).
54. Problemas econômicos
Definição Conceitual: Dificuldades relacionadas à captação ou administração dos recursos financeiros da família, que são insuficientes para suprir a demanda (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de dificuldades relacionadas à captação ou administração dos recursos financeiros da família, que são insuficientes para suprir a demanda (FERREIRA, 2010).
55. Relacionamentos familiares triangulados
Definição Conceitual: Envolvimento de uma terceira pessoa em uma relação de conflito, até então, diática (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de envolvimento de uma terceira pessoas em uma relação de conflito, até então, existente entre outras duas pessoas da família (FERREIRA, 2010).
56. Rituais familiares interrompidos
Definição Conceitual: Interrupção das celebrações especiais e rotinas diárias que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de interrupção das celebrações especiais e rotinas diárias que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família (FERREIRA, 2010).
57. Sistemas de comunicação fechados
Definição Conceitual: Ausência de comunicação da família com o meio externo (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de ausência de comunicação da família com o meio externo (FERREIRA, 2010).

O Quadro 4 apresenta onze características definidoras de papéis e relacionamentos. A NANDA-I apresenta 22 características definidoras de papéis e relacionamentos, assim, no estudo, metade destas foi excluída. A característica definidora Problemas familiares crônicos foi considerada um indicador vago, haja vista que pode assumir diversos significados em diversos contextos familiares. As demais foram consideradas redundantes em relação ao significado de outras características existentes: Baixa percepção de apoio paterno/materno, Obrigações negligenciadas e Paternidade/Maternidade inconsistente estavam incorporadas na característica Função de papel alterada; Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e ao amadurecimento mútuo, Falta de habilidades necessárias para relacionamentos, Família não demonstra respeito pela autonomia de seus membros e Família não demonstra respeito pela individualidade de seus membros são integrantes da característica Deterioração nos relacionamentos familiares; Comunicação ineficaz entre os cônjuges está incorporada nas características definidoras Comunicação prejudicada e Problemas conjugais, a Disfunção da intimidade também está inserida em

Problemas conjugais; e Padrão de rejeição foi considerada semelhante à Rejeição, característica definidora de sentimento.

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais das características definidoras de sentimentos

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE SENTIMENTOS	
58. Abandono	
Definição Conceitual: Estado ou condição de quem está abandonado, largado, desamparado (REY, 2008).	
Definição Operacional: Relato de sentir-se abandonado, largado, desamparado (REY, 2008).	
59. Amor e piedade confusos	
Definição Conceitual: Incapacidade de distinguir entre sentimento de amor ou compaixão por outrem (FERREIRA, 2010).	
Definição Operacional: Relato de incapacidade de diferenciar se sente amor ou compaixão por outrem (FERREIRA, 2010).	
60. Angústia	
Definição Conceitual: Sensação psíquica desagradável, quase sempre acompanhada de opressão precordial (PORTO, 2011).	
Definição Operacional: Relato de sensação psíquica desagradável, quase sempre acompanhada de opressão precordial (PORTO, 2011).	
61. Ansiedade	
Definição Conceitual: Estado emocional caracterizado por sentimentos de desconforto, preocupação ou apreensão pela antecipação de um perigo cuja origem é desconhecida (BARE <i>et al</i> , 2011; JARVIS, 2012).	
Definição Operacional: Relato de estado emocional caracterizado por sentimentos de desconforto, preocupação ou apreensão pela antecipação de um perigo cuja origem é desconhecida (BARE <i>et al</i> , 2011; JARVIS, 2012).	
62. Baixa autoestima crônica	
Definição Conceitual: Diminuição da valorização de si mesmo há longo tempo (FERREIRA, 2010).	
Definição Operacional: Relato de diminuição da valorização de si mesmo há longo tempo (FERREIRA, 2010).	
63. Confusão	
Definição Conceitual: Impossibilidade de pensar com clareza (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
Definição Operacional: Relato de impossibilidade de pensar com clareza (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).	
64. Constrangimento	
Definição Conceitual: Sentimento incômodo e desagradável de quem foi desrespeitado ou exposto a algo indesejável (FERREIRA, 2010).	
Definição Operacional: Relato de sentimento incômodo e desagradável por ter sido desrespeitado ou exposto a algo indesejável (FERREIRA, 2010).	
65. Culpa	
Definição Conceitual: Sentimento de ter feito algo errado, caracterizado por conflito interno de valores abaixo de padrões estabelecidos para si mesmo (REY, 2008).	
Definição Operacional: Relato de sentimento de ter feito algo errado, caracterizado por conflito	

interno de valores abaixo de padrões estabelecidos para si mesmo (REY, 2008).
66. Depressão
Definição Conceitual: Estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralisação da tomada de decisão (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).
Definição Operacional: Relato de estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralisação da tomada de decisão (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).
67. Desconfiança
Definição Conceitual: Sentimento de não acreditar em algo ou alguma coisa, colocar em dúvida um fato ou um ato (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento de não acreditar em algo ou alguma coisa, colocar em dúvida um fato ou um ato (FERREIRA, 2010).
68. Desesperança
Definição Conceitual: Sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero (FERREIRA, 2010).
69. Desvalorização
Definição Conceitual: Sentimento de perda de valor ou depreciação de si mesmo ou de outrem (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento de perda de valor ou depreciação de si mesmo ou de outrem (FERREIRA, 2010).
70. Emoções reprimidas
Definição Conceitual: Incapacidade de exteriorizar sentimentos (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de incapacidade de exteriorizar sentimentos (REY, 2008).
71. Falta de identidade
Definição Conceitual: Ausência da representação de si no ambiente que o envolve (ANDRIS <i>et al.</i> , 2011; PORTO, 2011).
Definição Operacional: Relato de ausência da representação de si no ambiente que o envolve (ANDRIS <i>et al.</i> , 2011; PORTO, 2011).
72. Fracasso
Definição Conceitual: Sentimento de ruína, perda ou mau êxito (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento de ruína, perda ou mau êxito (FERREIRA, 2010).
73. Frustração
Definição Conceitual: Sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).
Definição Operacional: Relato de sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).
74. Hostilidade
Definição Conceitual: Sentimento que representa um tipo de violência emocional e rivalidade, no intuito de prejudicar, agredir ou causar dano a outrem (MELO; PENSUTI; BAPTISTON, 2004).
Definição Operacional: Relato de sentimento que representa um tipo de violência emocional e rivalidade, no intuito de prejudicar, agredir ou causar dano a outrem (MELO; PENSUTI; BAPTISTON, 2004).

75. Infelicidade
Definição Conceitual: Sentimento de insatisfação no meio em que vive, sentir-se desventurado, desafortunado, desgraçado, não realizado (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento de insatisfação no meio em que vive, sentir-se desventurado, desafortunado, desgraçado, não realizado (FERREIRA, 2010).
76. Insatisfação
Definição Conceitual: Sentimento de falta de contentamento ou desagrado em relação a algo específico (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta de contentamento ou desagrado em relação a algo específico (FERREIRA, 2010).
77. Insegurança
Definição Conceitual: Sentimento de falta de confiança, estar em risco ou desprotegido (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta de confiança, estar em risco ou desprotegido (FERREIRA, 2010).
78. Isolamento emocional
Definição Conceitual: Distanciamento afetivo das pessoas com quem se convive sem, necessariamente, haver o distanciamento físico (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de distanciamento afetivo das pessoas com quem convive sem, necessariamente, haver o distanciamento físico (FERREIRA, 2010).
79. Medo
Definição Conceitual: Sensação de preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e identificado (JARVIS, 2012).
Definição Operacional: Relato de sensação de preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e identificado (JARVIS, 2012).
80. Perda
Definição Conceitual: Sentimento real ou percebido decorrente da ausência de um objeto, pessoa, parte ou função do corpo, bem como de uma emoção ou ideia que estava presente anteriormente (POTTER; PERRY, 2013).
Definição Operacional: Relato de sentimento real ou percebido decorrente da ausência de um objeto, pessoa, parte ou função do corpo, bem como de uma emoção ou ideia que estava presente anteriormente (POTTER; PERRY, 2013).
81. Raiva
Definição Conceitual: Sentimento de fúria ou perda de controle (JARVIS, 2012).
Definição Operacional: Relato de sentimento de fúria ou perda de controle (JARVIS, 2012).
82. Rejeição
Definição Conceitual: Sentimento de não ser querido, não ser amado, não ser aceito, ser discriminado ou humilhado (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento de não ser querido, não ser amado, não ser aceito, ser discriminado ou humilhado (FERREIRA, 2010).
83. Incompreensão
Definição Conceitual: Incapacidade para entender ou compreender o significado de algo (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de incapacidade para entender ou compreender o significado de algo (FERREIRA, 2010).

84. Ressentimento
Definição Conceitual: Sentimento persistente de desagrado, rancor ou mágoa de alguém (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimento persistente de desagrado, rancor ou mágoa de alguém (FERREIRA, 2010).
85. Sentimentos feridos
Definição Conceitual: Sentimentos de tristeza, mágoa, decepção, perda ou amargura em virtude de desilusão ou ofensa (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de sentimentos de tristeza, mágoa, decepção, perda ou amargura em virtude de desilusão ou ofensa (FERREIRA, 2010).
86. Ser diferente das outras pessoas
Definição Conceitual: Não seguir os padrões aceitos pela sociedade (FERREIRA, 2010).
Definição Operacional: Relato de não seguir os padrões aceitos pela sociedade (FERREIRA, 2010).
87. Solidão
Definição Conceitual: Estado de quem se sente ou vive só (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de sentir-se ou viver sozinho (REY, 2008).
88. Temperamento lábil
Definição Conceitual: Reação emocional em que o estado de humor e/ou o caráter encontram-se instáveis (ANDRIS <i>et al.</i> , 2011).
Definição Operacional: Relato de apresentar reação emocional em que o estado de humor e/ou o caráter encontram-se instáveis (ANDRIS <i>et al.</i> , 2011).
89. Tensão
Definição Conceitual: Sentimento de retesamento, de estar além do limite normal de uma emoção (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de sentimento de retesamento, de estar além do limite normal de uma emoção (REY, 2008).
90. Vergonha
Definição Conceitual: Sentimento de desonra, humilhação ou rebaixamento diante de outrem (MELO; PENSUTI; BAPTISTON, 2004).
Definição Operacional: Relato de sentimento de desonra, humilhação ou rebaixamento diante de outrem (MELO; PENSUTI; BAPTISTON, 2004).
91. Vulnerabilidade
Definição Conceitual: Condição de risco em que uma pessoa se encontra (REY, 2008).
Definição Operacional: Relato de estar em condição de risco, desprotegido ou indefeso (REY, 2008).

O Quadro 5 mostra 34 características definidoras de sentimentos. A NANDA-I apresenta um total de 38 elementos neste subgrupo. Foram excluídas as características Controle emocional por outros, Não ser amado, Raiva suprimida e Responsabilidade pelo comportamento do indivíduo que abusa de substâncias. As três primeiras por terem significado semelhante a outras características existentes: Manipulação, Rejeição e Raiva,

respectivamente, e a última por não se aplicar à população a que o estudo se refere, que são os próprios alcoolistas.

Duas características definidoras sofreram alterações em seus rótulos: Relato de sentimento de incompreensão foi modificado para Incompreensão, e a característica definidora Ressentimento que permanece teve seu rótulo alterado para Ressentimento.

5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO

5.1 Caracterização dos estudos

Os resultados mostraram que os estudos sobre Família disfuncional são, em sua maioria, publicações oriundas dos Estados Unidos e da área da Psicologia. Por tratar-se de uma temática subjetiva, é natural que a sua abordagem seja mais amplamente debatida na área da Psicologia. Silva e Ferreira (2011) afirmam que parece existir uma supervalorização na ciência e tecnologia pela Enfermagem, em detrimento aos elementos que se originam da vida subjetiva do cliente. Assim, constitui-se um desafio ao enfermeiro conseguir prestar uma assistência que alie o humano ao tecnológico.

Em relação ao nível de evidência, verificou-se que houve predomínio de estudos com nível de evidência VI. As publicações que retratam evidências fortes ainda são pontuais na Enfermagem, tais como o ensaio clínico randomizado controlado, considerado o padrão ouro na Prática Baseada em Evidência (PBE). No entanto, a deficiência de estudos com alto nível de evidência não impede a tomada de decisões baseada com respaldo científico, pois o enfermeiro deve buscar a melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível (POMPEO, ROSSI, GALVÃO, 2009).

Os estudos foram desenvolvidos principalmente em comunidades, com participantes adultos e retrataram a temática voltada para as consequências do alcoolismo para os filhos dos alcoolistas. Silva *et al.* (2010) afirmam que filhos de alcoolistas e dependentes químicos ou aqueles que convivem próximos a dependentes apresentam risco aumentado para o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas quando comparados com filhos de não dependentes. No caso específico do alcoolismo, o estudo mostrou que filhos de alcoolistas têm um risco aumentado em quatro vezes para o desenvolvimento do alcoolismo.

5.2 Análise de conceito

5.2.1 Características definidoras comportamentais

O abuso de drogas é uma característica definidora comportamental importante para o diagnóstico. Estudo realizado por Santos e Ganem (2013) aponta que 90% de usuários de substâncias químicas consideraram o álcool como “porta de entrada” para este consumo. Em geral, o álcool é a primeira droga a ser consumida ainda na adolescência e o seu uso em excesso precede o abuso e dependência de outras drogas (DALLO; MARTINS, 2011).

O abuso de álcool e drogas tem mostrado uma relação estreita com a violência intrafamiliar. Silva e Padilha (2013) relatam que a incidência de violência doméstica tem sido considerada maior em abusadores de substâncias psicoativas na maioria das sociedades e culturas, nos diferentes grupos econômicos e perpassam pela violência física, sexual e emocional. Os comportamentos agressivos, tais como espancamento de esposas, abusos sexuais e atos incestuosos, inclusive contra crianças, têm relação com o consumo exagerado de álcool pelo agressor. As vítimas de violência doméstica podem apresentar problemas de longo prazo ou até incuráveis, como doenças de natureza afetiva, psíquica e de desenvolvimento.

Estudo acerca da violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool concluiu que homens apresentaram uma prevalência geral de 10,7% de episódios de violência por parceiros e as mulheres 14,6%. Homens consumiram álcool em 38,1% dos casos e as mulheres em 9,2% e, quanto à percepção de consumo de álcool pela companheira, homens informaram que sua parceira consumia em 30,8% dos episódios de violência e mulheres informaram que o seu parceiro fazia ingestão de álcool em 44,6% dos episódios (ZALESKI *et al.*, 2010).

Embora o abuso físico e o abuso sexual não sejam características definidoras constantes na NANDA-I, a questão da violência familiar e a preocupação com a segurança da família é apontada como aspecto relevante pela literatura. Pena e Gonçalves (2010) afirmam que os maus-tratos existem em quase todas as famílias de alcoolistas, o grau de violência sofrida é que pode variar. O álcool causa alterações comportamentais, cognitivas e motoras, que podem variar com a dose, velocidade de ingestão, sensibilidade e tolerância do indivíduo. Pode causar perda de autocontrole e impulsos agressivos, que geram riscos à integridade física do alcoolista e de pessoas próximas.

O abuso verbal é uma característica definidora comportamental de grande relevância. Na NANDA-I, esta se encontra subdividida em três: abuso verbal de pai/mãe, abuso verbal do cônjuge e abuso verbal dos filhos. Devido ao elevado número de características definidoras do diagnóstico e, pelo fato destas três referirem-se a um mesmo fenômeno, neste estudo as três foram agrupadas e rotuladas apenas como “abuso verbal” e sugere-se que o membro da família seja especificado, haja vista que podem existir outros membros além de pai, mãe, cônjuge e filhos. Quando embriagadas, muitas pessoas têm dificuldades para lidar com as adversidades, superestimam seu poder, aceitam correr mais riscos e respondem com maior agressividade às provocações. Tal comportamento exacerba elementos de conflitos presentes, principalmente, na socialização masculina e ocasiona brigas pela honra, por lealdade, por frustração ou, simplesmente, como uma forma a mais de se divertir. É válido ressaltar que a

relação do álcool com a violência se manifesta, sobretudo, em estados de intoxicação etílica, não necessariamente no dependente do álcool (BRASIL, 2004).

A comunicação é outro fenômeno comportamental de interesse para o diagnóstico. A NANDA-I apresenta quatro características definidoras comportamentais relacionadas a este fenômeno: comunicação contraditória, comunicação paradoxal, comunicação prejudicada e controle da comunicação, além da característica definidora de papéis e relacionamentos: sistemas de comunicação fechados e comunicação ineficaz entre os cônjuges. Esta última foi excluída por estar inserida dentro da característica comunicação prejudicada. As famílias disfuncionais são aquelas nas quais existe um funcionamento patológico com relação à comunicação, caracterizado pela ausência de espaço para a expressão de sentimentos, ideias e opiniões ou outra forma de ser ouvido e/ou compreendido (GUIMARÃES *et al.*, 2009). O déficit no processo de comunicação afeta não apenas a interação do alcoolista com a família, mas também sua relação com a sociedade como um todo.

O conhecimento insuficiente ou inadequado também é um indicador clínico apontado pela literatura. Vargas e Soares (2013), em estudo sobre as publicações de enfermagem sobre álcool e alcoolismo, afirmam que o alcoolista sabe da possibilidade de desenvolver a cirrose alcoólica, mas parece ter pouca informação acerca dos danos irreversíveis causados pelo abuso da bebida alcoólica e possível agravamento de seu quadro de saúde.

Conflitos e isolamento social são outras características apontadas pela literatura. Pesquisa realizada com cuidadoras de alcoolistas mostrou que o cotidiano descrito por elas é instável e permeado por conflitos, que resulta em um ambiente desarmonioso, hostil e ameaçador. Tais aspectos conduzem ao isolamento social, visto que tanto o alcoolista quanto os membros da família evitam frequentar lugares públicos por medo de cenas vexatórias (SANTOS; MARTIN, 2009).

O baixo rendimento escolar, que pode culminar com o abandono dos estudos é outro conseqüente relacionado aos filhos de alcoolistas, mencionado em publicações sobre o tema. A família e a escola são instituições fundamentais para o desenvolvimento sadio de crianças e adolescentes. Pais alcoolistas geralmente desenvolvem práticas disciplinares inconsistentes e irregulares, com pouca afetividade. Crianças com relações familiares disfuncionais são mais propensas a desenvolverem comportamentos anti-sociais, concomitantes aos distúrbios de aprendizagem, fracasso escolar e abandono da escola (GEQUELIN; CARVALHO, 2007).

A característica definidora incapacidade de adaptar-se a mudanças também é relatada em estudos. A família é constantemente submetida a processos de mudanças, tanto derivadas do seu próprio processo de desenvolvimento, como aquelas advindas de situações de crise,

que é o caso do alcoolismo. Para a adaptação às mudanças, a família deve ser capaz de alterar os seus limites, sistemas hierárquicos, funções e regras, a fim de modificar todos os laços familiares, pois eles não são independentes uns dos outros (SANTI, 1997).

5.2.2 Características definidoras de papéis e relacionamentos

Um importante indicador clínico da família disfuncional é a característica definidora problemas conjugais. Lourenço e Fernandes (2011) explicam que a disfunção familiar por alcoolismo pode gerar instabilidade conjugal e culminar com o divórcio. O álcool é uma substância que interfere nas relações de casal e gera um adoecimento conjugal. Este se caracteriza pela ausência de diálogo e de responsabilidade, falta de cooperação, criticismo elevado, insatisfação marital, desejo sexual diminuído, ciúmes, estresse e violência.

Com o alcoolismo, as relações conjugais tornam-se comprometidas, porquanto a mulher sofre agressão física, verbal e sexual e, comumente, culmina com a separação (BARNETT, 2003). Estudos demonstram que mais de 50% dos casos de espancamento de esposas têm relação direta com consumo de álcool pelo agressor (BRASIL, 2004).

Destaca-se que, muitas vezes, a violência conjugal em função do alcoolismo ocorre de forma naturalizada, em que as mulheres passam a conviver diariamente com os eventos violentos, porém, não os percebem como forma de violência, principalmente a agressão verbal, os insultos, a humilhação, a desvalorização, os danos à autoestima e a omissão de carinho (SENA *et al.*, 2011). Ao considerar as questões de gênero envolvidas no contexto do alcoolismo, estudo de Lima, Braga e Gubert (2010) afirma que a mulher é a principal provedora de apoio ao alcoolista, entretanto, tal aspecto contribui para fomentar a passividade e a sujeição, o que pode resultar em riscos de sofrimento, adoecimento e violência.

Os problemas econômicos também são características importantes neste contexto da disfunção familiar por alcoolismo. O desemprego, que emerge como um dos principais problemas enfrentados pela família alcoolista, desencadeia problemas econômicos. Estudo de Reinaldo e Pilon (2008) mostrou que são comuns relatos do alcoolista chegar atrasado, faltar o dia de trabalho, discutir com os colegas ou não conseguir trabalhar, dificuldade de conseguir um emprego fixo, bem como a mudança constante de emprego. Além disso, Finfgeld (1999) afirma que falta de qualificação profissional satisfatória também é um fator que contribui para a dificuldade do alcoolista conseguir um novo emprego.

Os problemas laborais enfrentados pelo alcoolista acarretam em mudanças de papéis no ambiente familiar, visto que outros membros da família passam a prover os recursos, além sustentar o alcoolista e o seu vício (REINALDO; PILON, 2008). Na maioria dos casos, o

homem é o provedor dos recursos financeiros do lar. Quando este é alcooleiro, ocorre uma mudança de papéis, em que a mulher, além de cumprir o seu papel de cuidadora dos filhos e do lar, passa também a ter que sustentar as despesas da casa. Com isso, são comuns os conflitos familiares, que retroalimentam os conflitos conjugais.

Em decorrência do alcoolismo, que ocasiona uma desestruturação familiar, estudos discutem sobre a dificuldade em manter a rotina no lar, o que gera a interrupção ou falta de rituais nos horários de refeição (BURNETT *et al.*, 2006), bem como as reuniões e celebrações em família são afetadas (RAFFERTY; HARTLEY, 2006).

5.2.3 Características definidoras de sentimentos

De modo abrangente, a família disfuncional por alcoolismo apresenta uma tendência a reprimir sentimentos ou a manifestar sentimentos negativos, tais como: dor, frustração, tensão, culpa, mau humor, impotência, solidão, desconfiança, raiva, ansiedade, angústia, insegurança, isolamento emocional, desesperança e diminuição da auto-estima (SON; CHOI, 2010).

A relação conflituosa entre o alcooleiro e a sua família acarreta a deterioração das relações familiares, pois o familiar interfere entre o alcooleiro e o seu objeto de desejo, o álcool. Em muitos casos, essa deterioração extrapola para os desajustes sociais, de modo que a maioria dos alcooleiros acaba só, ou porque se isola, ou porque é abandonada (VARGAS, 2010). Estudo de Santos e Martin (2009) mostrou que é comum os alcooleiros vivenciarem situações de constrangimento dentro e fora de casa, bem como a dificuldade dos familiares em lidar com a situação e estabelecer regras mínimas de convivência, em meio a relações conflituosas.

Embora a depressão seja apontada pela NANDA-I como uma característica definidora de sentimentos, estudos reconhecem a forte associação que existe entre o alcoolismo e a depressão, embora não haja um consenso na literatura acerca da relação temporal entre os dois fenômenos. Fowler (2006) afirma que alguns indivíduos ingerem bebidas alcoólicas para tratar sua depressão, enquanto que outros desenvolvem depressão secundária à dependência do álcool. Estudo de Dube *et al.* (2002) apontou que a depressão pode predispor o indivíduo a abusar do álcool, como uma tendência para escapar, evitar ou regular emoções desagradáveis. Kaposov *et al.* (2005) afirmaram que a associação entre depressão e abuso do álcool merece uma avaliação mais aprofundada, embora reconheçam que a dificuldade de externalização de problemas pode aumentar o risco de abuso do álcool. E, ainda, resultado de pesquisa apresentou uma prevalência de 14,2% de casos de depressão em alcooleiros, mas também não determinou qual ocorrera primeiro (LIMA *et al.*, 2010).

Um estudo de revisão sobre as publicações de enfermagem sobre álcool e alcoolismo no Brasil apontou que a visão do alcoolista sobre si mesmo evidencia apenas sentimentos negativos, tais como perdas, vulnerabilidade, fracasso e frustração, os quais predisõem o indivíduo a recaídas (VARGAS; SOARES, 2013). Quanto aos sentimentos vivenciados pelos familiares dos alcoolistas, estudo de Gonçalves e Galera (2010) identificou que os mais comuns foram: medo, impaciência, impotência, sofrimento e ambiguidade, além da necessidade de impor limites e conflito entre o conhecimento sobre a doença e os próprios conceitos já internalizados. Assim, observa-se que sentimentos vivenciados por alcoolistas e familiares, relatados pela literatura, de modo geral, mostram uma relação direta com aqueles constantes na NANDA-I.

6 CONCLUSÕES DA ANÁLISE DE CONCEITO

A análise do conceito família disfuncional no contexto do alcoolismo permitiu uma maior aproximação com a temática, de forma a clarificar algumas ideias, mas também a suscitar indagações, tendo em vista que o conceito mostrou-se amplo, complexo e subjetivo. Foi possível reduzir o quantitativo de 115 para 91 características definidoras, após ajustes como exclusão de indicadores vagos, com ideias repetidas, que não se aplicavam à população do estudo, bem como a inclusão de duas novas características definidoras consideradas relevantes a partir da literatura.

Identificou-se uma grande variedade de fenômenos relacionados à família disfuncional por alcoolismo, mas em muitos aspectos foi difícil obter um consenso na literatura na delimitação sobre o que é atributo, antecedente ou conseqüente do conceito. Nestas situações, coube ao pesquisador determinar com base na delimitação temporal apontada pelos autores e a consistência de suas ideias. Assim, reforça-se a importância do julgamento de tais alterações por especialistas na área, segunda etapa do estudo, com vistas a corroborarem ou não com as modificações resultantes da análise de conceito.

Destaca-se a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a compreensão do conceito, sobretudo na área da enfermagem, visto que a literatura que aborda a temática ainda é pontual, com destaque para estudos nas áreas da psicologia e medicina psiquiátrica. Além disso, sugere-se a exploração dos antecedentes e atributos do conceito evidenciados na literatura para a revisão dos fatores relacionados e definição do diagnóstico, aspecto que extrapola o objetivo deste estudo. A apreensão do conceito família disfuncional no contexto do alcoolismo pelo enfermeiro permitirá a clarificação do fenômeno, de forma a subsidiar estudos e a identificação correta do diagnóstico de enfermagem Processos Familiares Disfuncionais.

CAPÍTULO II
ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

1. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

A segunda etapa do estudo consistiu em submeter as definições conceituais e operacionais construídas na etapa de Análise de Conceito à avaliação pelos especialistas. Na análise de conteúdo por especialistas, definir quem são os enfermeiros especialistas constituiu-se em um desafio. Galdeano e Rossi (2006) afirmam que em estudos de validação de diagnósticos de enfermagem, enfermeiros atuam como peritos ao emitirem opinião sobre o quanto um aspecto é mais pertinente ou relevante que outro. Entretanto, não há um consenso sobre quem pode ser considerado um especialista. As autoras concluem que, independentemente do critério adotado, o pesquisador deve delinear a etapa de seleção de expertos com rigor, definir e justificar os critérios adotados.

Estudo realizado por análise da literatura com o objetivo de identificar os critérios utilizados para a seleção de expertos nas pesquisas sobre validação de fenômenos de enfermagem, concluiu que a maioria dos estudos emprega os critérios adaptados de Fehring (MELO *et al.*, 2011). As autoras reforçam que o pesquisador deve direcionar seus critérios aos objetivos do estudo, considerar as limitações da temática, respeitar os requisitos necessários de um experto, usar critérios claros e justificar as razões para a utilização de cada um.

O modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Lopes, Silva e Araujo (2012) engloba a análise do material oriundo da análise de conceito por especialistas. Assim, deve-se estimar parâmetros para a definição da quantidade e dos atributos dos especialistas. Neste método, os autores sugerem estimar o tamanho amostral baseando-se na proporção de especialistas os quais consideram um componente diagnóstico adequado, para estabelecer os parâmetros a serem utilizados em fórmula específica. Além disso, deve-se definir o nível de confiança ($Z\alpha$) a ser adotado e a extensão do intervalo de confiança (d) das proporções estimadas (P). Em geral, o nível de confiança adotado varia de 90 a 99% e a extensão do intervalo de confiança é usualmente definido em percentual de acordo com a precisão desejada pelo pesquisador. Quanto maior for o nível de confiança adotado ou menor for a extensão do intervalo de confiança, maior será a amostra.. Assim, utiliza-se a fórmula: $n=Z\alpha^2.P.(1-P)/d^2$.

Após a definição do quantitativo de especialistas, o desafio seguinte é definir quem são os especialistas. Lopes, Silva e Araujo (2012) afirmam que não há consenso na literatura sobre a definição de quem é o especialista, mas a experiência clínica e o conhecimento teórico são critérios relevantes. Dada a dificuldade de encontrar especialistas com estes dois atributos,

os autores sugerem utilizar dois grupos de especialistas, o primeiro de enfermeiros com prática clínica de pelo menos cinco anos de trabalho com a população supostamente exposta ao diagnóstico de enfermagem e o segundo grupo de especialistas no diagnóstico em si ou no domínio ao qual o diagnóstico pertence.

O objetivo da análise de conteúdo por especialistas é estimar a proporção dos que consideram adequada a inclusão de cada indicador clínico como componente do diagnóstico de enfermagem, as definições conceituais e operacionais construídas para cada indicador e a definição construída ou revisada do diagnóstico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Os autores afirmam que esta análise pode ser feita de duas formas. A primeira consiste em calcular a média ponderada, conforme proposto por Fehring. Entretanto, sabe-se que esta média ponderada tende a superestimar os valores. Assim, sugere-se uma segunda forma, que utiliza o teste binomial. Para esta análise, caso tenha sido utilizada a escala de Likert de cinco pontos, conforme proposto por Fehring, esta é recodificada de forma dicotômica, em que os itens marcados como 1, 2 ou 3 são considerados inadequados e os itens marcados com 4 ou 5, adequados. Em seguida, o número de especialistas que classificaram o indicador clínico como adequado é calculado e um teste binomial é aplicado com o objetivo de verificar se a proporção de especialistas é maior ou igual a um valor previamente determinado.

2 OBJETIVO ESPECÍFICO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

- Verificar com especialistas a relevância, a clareza e a precisão das definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool.

3. MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

3.1 Desenho do estudo

A análise de conteúdo por especialistas é a segunda etapa do estudo de revisão de diagnóstico de enfermagem. Tem por finalidade estimar a proporção de especialistas que concordam com a inclusão de um dado indicador clínico como característica definidora do diagnóstico de enfermagem, bem como as definições conceituais e operacionais construídas para as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais em portadores de síndrome da dependência alcoólica.

Para a execução desta etapa, foram obtidas opiniões de enfermeiros especialistas na temática de diagnósticos de enfermagem e/ou dependência alcoólica quanto ao julgamento dos itens construídos na análise de conceito.

3.2 Seleção de especialistas

Para determinar o número mínimo de especialistas incluído na amostra, foram estabelecidos os seguintes parâmetros de interesse: nível de confiança adotado foi de 95% (valor em contagens de $Z\alpha$ é igual a 1,96); a extensão do intervalo de confiança para a proporção de especialistas de 15% e a proporção de especialistas que concordam com a pertinência da definição do componente do diagnóstico de enfermagem de 85%. A fórmula utilizada foi: $n=Z\alpha^2.P.(1-P)/d^2$, em que $Z\alpha$ refere-se ao nível de confiança adotado, P representa a proporção de especialistas que indicam a adequação de cada item e d representa a extensão dos intervalos de confiança.

Assim, tem-se o cálculo:

$$\begin{aligned}n &= Z\alpha^2.P.(1-P)/d^2 \\n &= 1,96^2.0,85.0,15/0,15^2 \\n &= 22 \text{ especialistas.}\end{aligned}$$

Foram definidos como critérios de inclusão da amostra: 1. ser enfermeiro com titulação mínima de mestre (ou com mestrado em curso) na temática de diagnóstico de enfermagem e/ou alcoolismo, 2. ter artigo publicado sobre diagnóstico de enfermagem e/ou alcoolismo e 3. desenvolver pesquisa/ participar de grupo de pesquisa sobre terminologias de enfermagem e/ ou alcoolismo. Foram incluídos especialistas que atenderam ao critério 1 e pelo mais um dos outros dois critérios (2 e/ou 3). Foram excluídos os especialistas que devolveram o instrumento com erros no preenchimento, mesmo após segundo contato do pesquisador.

Para a captação dos especialistas, foi realizada a busca na Plataforma *Lattes* do portal CNPq, a partir das palavras-chave diagnósticos de enfermagem e alcoolismo (ou síndrome da dependência alcoólica ou síndrome da dependência do álcool). Buscaram-se, ainda, especialistas no universo relacional do pesquisador e orientador. Na sequência, foi realizada a amostragem do tipo “bola de neve”, mediante indicação por participantes selecionados anteriormente. Este tipo de amostragem justifica-se pela escassez de especialistas.

Inicialmente, foram enviados 54 instrumentos, dos quais 25 foram devolvidos. Destes, 23 compuseram a amostra do estudo e dois foram excluídos por apresentarem erro de preenchimento (questões em branco) e não foram corrigidos mesmo após a devolução e contato posterior do pesquisador.

3.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado na etapa de análise de conteúdo por especialistas foi composto por duas partes. A primeira sobre o perfil do especialista e a segunda sobre as características definidoras do diagnóstico de enfermagem em pauta, construídos na etapa de análise de conceito. Para estabelecer o perfil dos especialistas, foram abordados os seguintes aspectos: sexo, idade, cidade onde trabalha, titulação, ocupação atual, tempo de formação profissional, experiência no ensino e na assistência com as terminologias de enfermagem e/ou dependência alcoólica, área de atuação atual, tempo de atuação e participação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem.

A segunda parte do instrumento, construído a partir da análise de conceito, abordou as definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais, com as sugestões de modificações formuladas na etapa anterior. Para elaboração do instrumento, foram obedecidos os critérios para construção de itens descritos por Pasquali (1999): relevância, clareza e precisão.

A relevância refere-se à capacidade do item ser consistente com o atributo definido e com as outras expressões que se relacionam ao mesmo atributo. A clareza refere-se à capacidade do item ser inteligível, com frases curtas, expressões simples (apresentar uma única ideia) e inequívocas. E a precisão refere-se à capacidade do item de possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que se referem ao mesmo contínuo (PASQUALI, 1999).

Os especialistas avaliaram cada indicador clínico e indicaram se o item era adequado (1) ou não adequado (0), em relação aos três critérios: relevância, clareza e precisão. Quando o critério “relevância” foi considerado não adequado (0) pelos especialistas, o item foi

considerado não adequado no estudo e não constou na etapa posterior de análise da acurácia de indicadores clínicos. Quando o critério “relevância” foi considerado adequado (1) pelos especialistas e algum dos itens “clareza” ou “precisão” foi considerado não adequado (0), a redação da referência empírica foi alterada conforme as sugestões dos especialistas e o item foi incluído na etapa de análise da acurácia de indicadores clínicos. Quando todos os critérios foram considerados adequados (1) pelos especialistas, o item foi considerado adequado (1) e constou em alterações na etapa posterior do estudo.

3.4 Procedimento para coleta de dados

Após a seleção dos especialistas com base nos critérios estabelecidos, foi realizado um primeiro contato, via correio eletrônico, por meio do envio de uma carta-convite (APÊNDICE B), com a apresentação do pesquisador, do orientador e do estudo, informações sobre o modo como se daria a sua participação no estudo e solicitação de sua colaboração. Foi enviada a carta-convite ao máximo de especialistas encontrados. No caso do especialista ter aceitado o convite, ele preencheu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), leu as instruções para o preenchimento do instrumento e respondeu ao instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D). Foi solicitada, ainda, a indicação de outros especialistas.

Os especialistas poderiam optar por receber o material da pesquisa por e-mail ou impresso. Apenas quatro participantes optaram pelo material impresso. Foi estabelecido o prazo de um mês para devolução deste material. Foram selecionados para análise os primeiros instrumentos devolvidos que estavam preenchidos adequadamente, de modo a atingir o quantitativo mínimo de 22 instrumentos, conforme o cálculo amostral. Foram considerados adequadamente preenchidos os instrumentos que não apresentavam questões em branco ou questões com mais de uma alternativa assinalada. Ao constatar erro de preenchimento, o pesquisador devolvia os instrumentos aos especialistas para correção e, aqueles que retornaram com preenchimento inadequado pela segunda vez ou não retornaram, foram excluídos. Em seguida, os dados coletados foram submetidos à análise.

3.5 Análise de dados

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel 2007* e analisados com o auxílio dos programas SPSS e do *software R* versão 2.14. Os dados de caracterização dos especialistas foram analisados por meio de estatística descritiva e calculadas as proporções, média e mediana das variáveis. Para a análise das definições conceituais e operacionais, foi aplicado o teste binomial ao item com o objetivo de verificar se

a proporção de especialistas que consideraram o item adequado foi maior ou igual ao valor preestabelecido, de 85%. Neste caso, o item era considerado adequado se o teste não apresentasse significância estatística ($p > 0,05$).

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº196/96¹ do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). A coleta de dados do estudo junto aos sujeitos só teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (ANEXO A).

A participação dos especialistas ocorreu mediante assinatura do TCLE, o qual abordava dados de identificação do pesquisador responsável, contato do Comitê de Ética em Pesquisa a que o projeto foi submetido, título e objetivo da pesquisa, métodos empregados, riscos e benefícios, garantia do anonimato e respeito à autonomia do participante em retirar seu consentimento a qualquer fase da pesquisa se assim desejar. Constou também da assinatura do pesquisador responsável e espaço para assinatura de duas testemunhas.

Destaca-se que esta etapa do estudo não ofereceu risco à integridade física do participante. Entretanto, devido ao instrumento ser extenso e o seu preenchimento exigir raciocínio complexo do especialista, a pesquisa ofereceu risco de cansaço mental. Com vistas a minimizar este risco, foi dado o prazo de um mês para o especialista responder.

Como benefício do estudo aos especialistas, destaca-se que a pesquisa permitiria a revisão do diagnóstico Processos familiares disfuncionais, o qual, devido à sua extensão e subjetividade, tem sua utilização na prática clínica e de pesquisa dificultada. Assim, os especialistas que utilizam esse diagnóstico em sua prática terão acesso ao seu conteúdo de forma mais clara e simplificada, em decorrência de sua revisão.

O material oriundo da coleta de dados foi armazenado pela pesquisadora responsável em computadores e arquivos, no Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, por um período de cinco anos após a divulgação dos resultados.

¹ Esta Resolução foi revogada pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, período posterior à submissão do projeto de pesquisa deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa. No decorrer da pesquisa, foram realizadas adaptações à norma vigente.

4 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

4.1 Caracterização dos especialistas

A Tabela 3 apresenta a caracterização dos 23 especialistas que compuseram a amostra.

Tabela 3 – Caracterização dos especialistas. Fortaleza, 2013

Variáveis	N	%
1. Sexo		
Masculino	2	8,7
Feminino	21	91,3
2. Local		
Ceará	12	52,2
Pernambuco	4	17,4
Rio Grande do Norte	2	8,7
Piauí	2	8,7
Outros	3	12,9
3. Titulação		
Mestre	11	47,8
Doutor	10	43,5
Graduado ou Especialista (com mestrado em curso)	2	8,7
4. Ocupação		
Docente	15	65,2
Estudante de pós-graduação	3	13,0
Enfermeiro assistencial	2	8,7
Mais de uma ocupação	2	8,7
Outros	1	4,3
5. Local de trabalho		
Instituição de ensino	15	65,2
Hospital	1	4,3
Unidade Básica de Saúde	1	4,3
Mais de um local	5	21,7
Outros	1	4,3
6. Desenvolvimento de estudo sobre Terminologias de Enfermagem		
Sim	19	82,6
Não	4	17,4
7. Desenvolvimento de estudo sobre o diagnóstico de enfermagem		
Processos familiares disfuncionais		
Sim	2	8,7
Não	21	91,3
8. Desenvolvimento de estudo sobre Alcoolismo		
Sim	9	39,1
Não	14	60,9
9. Participação em grupo de pesquisa sobre Terminologias de Enfermagem		
Sim	17	73,9
Não	6	26,1
10. Participação em grupo de pesquisa sobre Alcoolismo		
Sim	5	21,7
Não	18	78,3
11. Utilização de diagnóstico de enfermagem na assistência		

Sim	14	60,9		
Não	9	39,1		
12. Utilização de diagnóstico de enfermagem no ensino				
Sim	18	78,3		
Não	5	21,7		
13. Prestação de assistência a indivíduos com diagnóstico médico Síndrome da Dependência Alcoólica ou diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais				
Sim	7	30,4		
Não	16	69,6		
14. Identificação do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais na prática clínica				
Nunca	8	34,8		
Poucas vezes	10	43,5		
Frequentemente	5	21,7		
15. Ensino de diagnóstico de enfermagem				
Sim	18	78,3		
Não	5	21,7		
16. Ensino do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais				
Sim	6	26,1		
Não	17	73,9		
17. Ensino de alcoolismo				
Sim	7	30,4		
Não	16	69,6		
	Média	DP	Mediana	IQ
18. Idade	31,39	4,40	32,0	5
19. Tempo de formação	7,87	3,94	8,0	5

Observa-se que, em sua maioria, os especialistas eram do sexo feminino, na faixa etária dos 30 anos, oriundos do estado do Ceará, com titulação de Mestre, docentes de instituições de ensino e tempo de formação em média de quase oito anos, o que denota um perfil de especialistas jovens. Observou-se maior experiência na área de diagnóstico de enfermagem, em detrimento à área de alcoolismo. A minoria relatou ter prestado assistência a alcoolistas e afirmaram ter identificado o diagnóstico em estudo poucas vezes na prática. Isto evidencia um grupo de especialistas mais próximo da academia do que de cuidado direto à população do estudo.

4.2 Análise de conteúdo das definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais por especialistas

As Tabelas 4 e 5, a seguir, apresentam a análise por especialistas das definições conceituais e operacionais, respectivamente, das características definidoras do diagnóstico de

enfermagem Processos familiares disfuncionais, segundo os critérios: relevância, clareza e precisão.

Tabela 4 – Análise por especialistas das definições conceituais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais. Fortaleza, 2013

Características definidoras	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	valor p	N	%	valor p	n	%	valor p
Comportamentais									
1. Abuso de drogas	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
2. Abuso verbal	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879
3. Abuso físico	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	20	87,0	0,692
4. Abuso sexual	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	19	82,6	0,460
5. Autocrítica muito rígida	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
6. Busca de aprovação	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692
7. Caos	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692	17	73,9	0,118
8. Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
9. Comunicação contraditória	21	91,3	0,879	19	82,6	0,460	17	73,9	0,118
10. Comunicação paradoxal	18	78,3	0,256	14	60,9	0,004	17	73,9	0,118
11. Comunicação prejudicada	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
12. Conflito crescente	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
13. Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias	22	95,7	0,976	18	78,3	0,256	17	73,9	0,118
14. Contato físico diminuído	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	19	82,6	0,460
15. Controle da comunicação	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460	18	78,3	0,256
16. Críticas	23	100,0	1,000	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
17. Dependência	20	87,0	0,692	16	69,6	0,046	20	87,0	0,692
18. Dependência de nicotina	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692
19. Dificuldade com relacionamentos íntimos	22	95,7	0,976	18	78,3	0,256	18	78,3	0,256
20. Dificuldade para divertir-se	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
21. Distúrbios de concentração	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976
22. Distúrbios no desempenho escolar em crianças	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
23. Somatização	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
24. Falta de confiabilidade	21	91,3	0,879	13	56,5	<0,001	15	65,2	0,015
25. Habilidades ineficazes para a resolução de problemas	23	100,0	1,000	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
26. Imaturidade	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
27. Incapacidade de aceitar ajuda	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	22	95,7	0,976
28. Incapacidade de aceitar sentimentos	19	82,6	0,460	16	69,6	0,046	19	82,6	0,460
29. Incapacidade de adaptar-se a mudanças	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000
30. Incapacidade de lidar com conflitos	22	95,7	0,976	17	73,9	0,118	18	78,3	0,256
31. Incapacidade de expressar sentimentos	20	87,0	0,692	17	73,9	0,118	17	73,9	0,118
32. Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas	21	91,3	0,879	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879
33. Incapacidade de receber ajuda de	17	73,9	0,118	19	82,6	0,460	18	78,3	0,256

forma apropriada									
34. Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
35. Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros	20	87,0	0,692	19	82,6	0,460	18	78,3	0,256
36. Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros	19	82,6	0,460	17	73,9	0,118	18	78,3	0,256
37. Isolamento social	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976
38. Luta por poder	20	87,0	0,692	18	78,3	0,256	18	78,3	0,256
39. Manipulação	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879
40. Mentiras	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976
41. Negação de problemas	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	23	100,0	1,000
42. Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos	16	69,6	0,046	15	65,2	0,015	16	69,6	0,046
43. Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool)	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
44. Promessas rompidas	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976
45. Racionalização	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976
46. Tristeza não resolvida	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
Papeis e relacionamentos									
47. Deterioração nos relacionamentos familiares	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	23	100,0	0,879
48. Dinâmicas familiares perturbadas	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	23	100,0	0,879
49. Falta de coesão	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	22	95,7	0,976
50. Função de papel alterada	23	100,0	1,000	20	87,0	0,692	22	95,7	0,976
51. Negação da família	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
52. Papeis familiares interrompidos	18	78,3	0,256	18	78,3	0,256	16	69,6	0,046
53. Problemas conjugais	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	23	100,0	1,000
54. Problemas econômicos	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000
55. Relacionamentos familiares triangulados	21	91,3	0,879	19	82,6	0,460	21	91,3	0,879
56. Rituais familiares interrompidos	18	78,3	0,256	20	87,0	0,692	18	78,3	0,256
57. Sistemas de comunicação fechados	20	87,0	0,692	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
Sentimentos									
58. Abandono	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879
59. Amor e piedade confusos	20	87,0	0,692	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460
60. Angústia	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
61. Ansiedade	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879
62. Baixa autoestima crônica	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692
63. Confusão	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
64. Constrangimento	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000
65. Culpa	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	23	100,0	1,000
66. Depressão	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
67. Desconfiança	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976
68. Desesperança	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976
69. Desvalorização	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976
70. Emoções reprimidas	21	91,3	0,879	18	78,3	0,256	18	78,3	0,256
71. Falta de identidade	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879
72. Fracasso	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976

73. Frustração	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976
74. Hostilidade	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976
75. Infelicidade	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692
76. Insatisfação	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
77. Insegurança	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
78. Isolamento emocional	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
79. Medo	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
80. Perda	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
81. Raiva	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976
82. Rejeição	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879
83. Incompreensão	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	22	95,7	0,976
84. Ressentimento	22	95,7	0,976	23	100,0	1,000	23	100,0	1,000
85. Sentimentos feridos	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
86. Ser diferente das outras pessoas	17	73,9	0,118	17	73,9	0,118	17	73,9	0,118
87. Solidão	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
88. Temperamento lábil	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976
89. Tensão	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
90. Vergonha	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
91. Vulnerabilidade	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692

A análise das definições conceituais, apresentadas na Tabela 4 evidencia que a característica definidora Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos foi julgada como inadequada nos critérios relevância, clareza e precisão e, assim, foi excluída da etapa seguinte do estudo. A definição da característica Falta de confiabilidade foi considerada relevante, mas inadequada quanto aos critérios clareza e precisão, o que indicou a necessidade de reformulação. As definições das características Comunicação paradoxal, Dependência e Incapacidade de aceitar sentimentos foram consideradas inadequadas apenas no critério clareza e a definição da característica Papeis familiares interrompidos, no critério precisão. Estas também sofreram reformulação. As definições conceituais das demais características definidoras foram consideradas adequadas em todos os critérios avaliados pelos especialistas. Os itens que foram considerados inadequados por especialistas nos critérios clareza e/ ou precisão foram reformulados com base no consolidado das sugestões apresentadas. Destaca-se que, de acordo com a sugestão, a característica definidora Dependência sofreu alteração no seu rótulo e não na definição em si e passou a ser denominada Dependência na tomada de decisões. O Quadro 6 mostra as definições conceituais antes e após alteração.

Quadro 6 – Definições conceituais reformuladas após sugestões de especialistas

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	
10. Comunicação paradoxal	
Definição Conceitual:	Ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens contrárias, que coexistem.
Definição Conceitual Reformulada:	Ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens contrárias, que coexistem. Comunica, ao mesmo tempo, dois conteúdos incompatíveis. Ocorre quando

há choque de opiniões.
17. Dependência
17. Dependência na tomada de decisões
Reformulação: Não houve reformulação na definição, mas no rótulo da característica definidora, com vistas a concordar com a definição conceitual proposta.
24. Falta de confiabilidade
Definição Conceitual: Ausência da capacidade de uma pessoa realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas.
Definição Conceitual Reformulada: Ausência da capacidade de uma pessoa realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas. Percepção de que as pessoas da família não confiam mais no dependente.
28. Incapacidade de aceitar sentimentos
Definição Conceitual: Falta de habilidade para reconhecer a presença dos seus sentimentos.
Definição Conceitual Reformulada: Falta de habilidade para reconhecer a presença dos seus sentimentos, admitir a existência dos mesmos.
52. Papéis familiares interrompidos
Definição Conceitual: Não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (pai, mãe, filho, outros).
Definição Conceitual Reformulada: Não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (pai, mãe, filho, outros), as quais eram realizadas anteriormente.

Observa-se que não houve alterações substanciais nas definições conceituais, apenas pequenas modificações com vistas a torná-las mais claras e precisas.

Tabela 5 – Análise por especialistas das definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais. Fortaleza, 2013

Características definidoras	Relevância			Clareza			Precisão		
	n	%	valor p	N	%	valor p	n	%	valor p
Comportamentais									
1. Abuso de drogas	22	95,7	0,976	16	69,6	0,046	16	69,6	0,046
2. Abuso verbal	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
3. Abuso físico	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	19	82,6	0,460
4. Abuso sexual	22	95,7	0,976	18	78,3	0,256	17	73,9	0,118
5. Autocrítica muito rígida	21	91,3	0,879	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
6. Busca de aprovação	20	87,0	0,692	19	82,6	0,460	19	82,6	0,460
7. Caos	19	82,6	0,460	17	73,9	0,118	15	65,2	0,015
8. Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias	22	95,7	0,976	15	65,2	0,015	15	65,2	0,015
9. Comunicação contraditória	21	91,3	0,879	18	78,3	0,256	15	65,2	0,015
10. Comunicação paradoxal	18	78,3	0,256	13	56,5	<0,001	15	65,2	0,015
11. Comunicação prejudicada	21	91,3	0,879	16	69,6	0,046	18	78,3	0,256
12. Conflito crescente	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	19	82,6	0,460
13. Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias	22	95,7	0,976	17	73,9	0,118	15	65,2	0,015
14. Contato físico diminuído	19	82,6	0,460	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460
15. Controle da comunicação	17	73,9	0,118	17	73,9	0,118	18	78,3	0,256

16. Críticas	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
17. Dependência	19	82,6	0,460	16	69,6	0,046	19	82,6	0,460
18. Dependência de nicotina	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692	18	78,3	0,256
19. Dificuldade com relacionamentos íntimos	22	95,7	0,976	17	73,9	0,118	18	78,3	0,256
20. Dificuldade para divertir-se	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	20	87,0	0,692
21. Distúrbios de concentração	22	95,7	0,976	18	78,3	0,256	20	87,0	0,692
22. Distúrbios no desempenho escolar em crianças	22	95,7	0,976	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460
23. Somatização	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460	21	91,3	0,879
24. Falta de confiabilidade	21	91,3	0,879	13	56,5	<0,001	14	60,9	0,004
25. Habilidades ineficazes para a resolução de problemas	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
26. Imaturidade	17	73,9	0,118	15	65,2	0,015	17	73,9	0,118
27. Incapacidade de aceitar ajuda	21	91,3	0,879	19	82,6	0,460	22	95,7	0,976
28. Incapacidade de aceitar sentimentos	18	78,3	0,256	16	69,6	0,046	18	78,3	0,256
29. Incapacidade de adaptar-se a mudanças	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976
30. Incapacidade de lidar com conflitos	20	87,0	0,692	17	73,9	0,118	18	78,3	0,256
31. Incapacidade de expressar sentimentos	18	78,3	0,256	14	60,9	0,004	15	65,2	0,015
32. Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas	19	82,6	0,460	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692
33. Incapacidade de receber ajuda de forma apropriada	15	65,2	0,015	18	78,3	0,256	16	69,6	0,046
34. Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família	20	87,0	0,692	19	82,6	0,460	19	82,6	0,460
35. Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros	18	78,3	0,256	16	69,6	0,046	17	73,9	0,118
36. Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros	17	73,9	0,118	15	65,2	0,015	17	73,9	0,118
37. Isolamento social	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
38. Luta por poder	20	87,0	0,692	16	69,6	0,046	18	78,3	0,256
39. Manipulação	21	91,3	0,879	17	73,9	0,118	18	78,3	0,256
40. Mentiras	21	91,3	0,879	18	78,3	0,256	20	87,0	0,692
41. Negação de problemas	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	22	95,7	0,976
42. Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos	15	65,2	0,015	12	52,2	<0,001	14	60,9	0,004
43. Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool)	18	78,3	0,256	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460
44. Promessas rompidas	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976
45. Racionalização	19	82,6	0,460	19	82,6	0,460	21	91,3	0,879
46. Tristeza não resolvida	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	19	82,6	0,460
Papeis e relacionamentos									
47. Deterioração nos relacionamentos familiares	23	100,0	1,000	19	82,6	0,460	21	91,3	0,879
48. Dinâmicas familiares perturbadas	23	100,0	1,000	20	87,0	0,692	22	95,7	0,976
49. Falta de coesão	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879

50. Função de papel alterada	22	95,7	0,976	18	78,3	0,256	20	87,0	0,692
51. Negação da família	23	100,0	1,000	19	82,6	0,460	21	91,3	0,879
52. Papéis familiares interrompidos	18	78,3	0,256	16	69,6	0,046	15	65,2	0,015
53. Problemas conjugais	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	23	100,0	1,000
54. Problemas econômicos	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	23	100,0	1,000
55. Relacionamentos familiares triangulados	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
56. Rituais familiares interrompidos	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460	18	78,3	0,256
57. Sistemas de comunicação fechados	20	87,0	0,692	17	73,9	0,118	20	87,0	0,692
Sentimentos									
58. Abandono	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
59. Amor e piedade confusos	20	87,0	0,692	17	73,9	0,118	19	82,6	0,460
60. Angústia	21	91,3	0,879	19	82,6	0,460	19	82,6	0,460
61. Ansiedade	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692
62. Baixa autoestima crônica	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	19	82,6	0,460
63. Confusão	22	95,7	0,976	17	73,9	0,118	21	91,3	0,879
64. Constrangimento	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	23	100,0	1,000
65. Culpa	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	23	100,0	1,000
66. Depressão	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	19	82,6	0,460
67. Desconfiança	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976
68. Desesperança	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976
69. Desvalorização	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	22	95,7	0,976
70. Emoções reprimidas	21	91,3	0,879	17	73,9	0,118	18	78,3	0,256
71. Falta de identidade	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	21	91,3	0,879
72. Fracasso	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	22	95,7	0,976
73. Frustração	22	95,7	0,976	21	91,3	0,879	22	95,7	0,976
74. Hostilidade	23	100,0	1,000	19	82,6	0,460	22	95,7	0,976
75. Infelicidade	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
76. Insatisfação	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	21	91,3	0,879
77. Insegurança	21	91,3	0,879	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
78. Isolamento emocional	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	21	91,3	0,879
79. Medo	22	95,7	0,976	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
80. Perda	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
81. Raiva	23	100,0	1,000	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976
82. Rejeição	23	100,0	1,000	21	91,3	0,879	21	91,3	0,879
83. Incompreensão	22	95,7	0,976	19	82,6	0,460	22	95,7	0,976
84. Ressentimento	22	95,7	0,976	22	95,7	0,976	23	100,0	1,000
85. Sentimentos feridos	20	87,0	0,692	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
86. Ser diferente das outras pessoas	17	73,9	0,118	15	65,2	0,015	16	69,6	0,046
87. Solidão	23	100,0	1,000	19	82,6	0,460	20	87,0	0,692
88. Temperamento lábil	23	100,0	1,000	19	82,6	0,460	22	95,7	0,976
89. Tensão	21	91,3	0,879	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
90. Vergonha	23	100,0	1,000	20	87,0	0,692	21	91,3	0,879
91. Vulnerabilidade	21	91,3	0,879	18	78,3	0,256	19	82,6	0,460

A análise das definições operacionais, mostradas na Tabela 5, evidencia que a definição da característica Incapacidade de receber ajuda de forma apropriada foi considerada inadequada nos critérios relevância e precisão, o que levou à sua exclusão na etapa seguinte do estudo. Novamente a característica definidora Orientação para o alívio de tensão em vez

de atingir objetivos foi julgada como inadequada pelos especialistas nos três critérios avaliados, o que corrobora a sua exclusão.

As características definidoras Abuso de drogas, Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias, Comunicação paradoxal, Falta de confiabilidade, Incapacidade de expressar sentimentos, Papeis familiares interrompidos e Ser diferente das outras pessoas tiveram suas definições consideradas inadequadas simultaneamente nos critérios clareza e precisão, o que indicou a necessidade de reformulação.

Foram reformuladas ainda, as definições consideradas inadequadas apenas no critério clareza: Comunicação prejudicada, Dependência, Imaturidade, Incapacidade de aceitar sentimentos, Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros, Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros e Luta por poder; bem como as que foram consideradas inadequadas apenas no critério precisão: Caos, Comunicação contraditória e Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias. As demais definições operacionais das características definidoras foram consideradas adequadas em todos os critérios avaliados pelos especialistas.

As características definidoras que foram consideradas inadequadas por especialistas nos critérios clareza e/ ou precisão foram reformuladas com base no consolidado das sugestões apresentadas pelos especialistas. Destaca-se que as características definidoras Caos e Dependência sofreram alterações apenas em seus rótulos e passaram a ser denominadas Caos no âmbito familiar e Dependência na tomada de decisões. O Quadro 7 mostra as definições operacionais das características definidoras antes e após alteração.

Quadro 7 - Definições operacionais reformuladas após sugestões de especialistas

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1. Abuso de drogas
Definição Operacional: Relato de consumo de substância psicoativa (especificar) que é prejudicial à sua saúde física ou psíquica.
Definição Operacional Reformulada: Relato de consumo de substância psicoativa (especificar substância, quantidade e frequência) que é prejudicial à sua saúde física, psíquica e/ou social.
7. Caos
7. Caos no âmbito familiar
Reformulação: Não houve reformulação na definição, mas no rótulo da característica definidora, com vistas a concordar com a definição operacional proposta.
8. Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias
Definição Operacional: Demonstração de entendimento inapropriado ou errôneo, quando questionado sobre: - O que você compreende por dependência? - Você acredita que é possível parar de beber quando quiser?

<ul style="list-style-type: none"> - Você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo a dependência do álcool pode afetar as relações familiares e sociais em geral?
<p>Definição Operacional Reformulada: Demonstração de entendimento inapropriado ou errôneo, quando questionado sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que você compreende por abuso de substâncias? - O que você compreende por dependência? - No caso do álcool, você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo o abuso do álcool e sua dependência podem afetar as relações familiares e sociais em geral?
<p>9. Comunicação contraditória</p>
<p>Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que se anulam.</p>
<p>Definição Operacional Reformulada: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que se anulam. Ex.: um membro da família fala algo e depois afirma o contrário, ou diz que não falou aquilo.</p>
<p>10. Comunicação paradoxal</p>
<p>Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que coexistem.</p>
<p>Definição Operacional Reformulada: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que coexistem. Comunica, ao mesmo tempo, dois conteúdos incompatíveis. Ocorre quando há choque de opiniões. Ex.: “Se você não largar esse vício, vou embora desta casa” e em seguida se preocupa em providenciar o jantar da pessoa que chegou tarde a casa, embriagado. Outro exemplo, quando o alcoolista afirma que nunca mais irá beber, pois reconhece que é prejudicial, outrora sai para beber e afirma que não é dependente, que bebe apenas por diversão.</p>
<p>11. Comunicação prejudicada</p>
<p>Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens de modo comprometido.</p>
<p>Definição Operacional Reformulada: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens de modo inadequado. Ex.: discussão, não ouvir, não ter oportunidade para falar, não se sentir à vontade para falar, cada vez mais diminuem as conversas sobre os assuntos da família, a família limita-se a falar apenas o essencial, dentre outras formas de comunicação prejudicada.</p>
<p>13. Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias</p>
<p>Definição Operacional: Apresentação de déficit de informações quando questionado sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que você compreende por dependência? - Você acredita que é possível parar de beber quando quiser? - Você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo o abuso do álcool e a sua dependência podem afetar as relações familiares e sociais em geral?
<p>Definição Operacional Reformulada: Apresentação de déficit de informações quando questionado sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que você compreende por abuso de substâncias? - O que você compreende por dependência? - No caso do álcool, você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo a dependência do álcool pode afetar as relações familiares e sociais em geral?
<p>17. Dependência</p>
<p>17. Dependência na tomada de decisões</p>
<p>Reformulação: Não houve reformulação na definição, mas no rótulo da característica definidora, com</p>

vistas a concordar com a definição operacional proposta.
24. Falta de confiabilidade
Definição Operacional: Relato de não conseguir realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas.
Definição Operacional Reformulada: Relato de não conseguir realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas. Percepção de que as pessoas da família não confiam mais no dependente.
26. Imaturidade
Definição Operacional: Relato de apresentar distúrbio do processo de amadurecimento, manifestado por perturbações decorrentes da sua permanência em estágios anteriores de desenvolvimento intelectual, emocional, moral ou psicomotor.
Definição Operacional Reformulada: Relato de praticar atitudes não compatíveis com sua idade, manifestada por perturbações decorrentes da sua permanência em estágios anteriores de desenvolvimento intelectual, emocional, moral ou psicomotor.
31. Incapacidade de expressar sentimentos
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para exteriorizar uma vasta gama de sentimentos.
Definição Operacional Reformulada: Relato de falta de habilidade para falar sobre os seus sentimentos com outrem. Sentir a necessidade de desabafar e não conseguir.
35. Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para satisfazer a carência afetiva dos membros da família.
Definição Operacional Reformulada: Relato de falta de habilidade para satisfazer afetivamente os membros da família, de expressar à família carinho, amor e afeição que sente por ela.
36. Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para satisfazer a carência relativa a crenças e religiosidade dos membros da família.
Definição Operacional Reformulada: Relato de falta de habilidade para satisfazer as demandas de ordem espiritual, crenças e religiosidade dos membros da família.
38. Luta por poder
Definição Operacional: Relato de ato recorrente de dispor de força ou autoridade para a tomada de decisão.
Definição Operacional Reformulada: Relato de ato recorrente de dispor de força ou autoridade para a tomada de decisão. Necessidade de comandar e ser obedecido no contexto familiar.
52. Papeis familiares interrompidos
Definição Operacional: Relato de não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (especificar).
Definição Operacional Reformulada: Relato de não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (especificar), as quais eram realizadas anteriormente.
86. Ser diferente das outras pessoas
Definição Operacional: Relato de não seguir os padrões aceitos pela sociedade.
Definição Operacional Reformulada: Relato de não se identificar com os padrões aceitos pela sociedade.

A análise das definições conceituais e operacionais das características definidoras por especialistas resultou na exclusão de dois indicadores. A característica Incapacidade de receber ajuda de forma apropriada foi excluída em virtude de sua similaridade com a característica Incapacidade de aceitar ajuda. A outra exclusão foi de Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos. A maioria dos especialistas sugeriu sua exclusão, mas não justificou o motivo, entretanto, alguns mencionaram que este indicador era confuso ou que o mesmo já se encontrava contemplado em outras características definidoras.

As definições operacionais elaboradas da etapa de Análise de conceito, após as modificações sugeridas pelos especialistas, compuseram os itens do instrumento de coleta de dados da terceira etapa do estudo.

5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

5.1 Caracterização dos especialistas

A caracterização dos especialistas evidenciou que a maioria era do sexo feminino, com média de idade de 31,39 anos (desvio padrão: 4,40) e 7,87 anos de formação (desvio padrão: 3,94). Estudos sobre validação por especialistas apresentaram uma amostra com predominância também do sexo feminino, mas com maior faixa etária e anos de experiência profissional. Por exemplo, o tempo de experiência profissional de peritos no estudo de Chaves, Carvalho e Hass (2010) apresentou uma média de 21 anos e 47 meses, enquanto que no estudo de Mata, Carvalho e Napoleão (2011), os peritos tinham 16 anos ou mais de experiência como enfermeiro. Por outro lado, o estudo de Almeida, Seganfredo e Unicovsky (2010) apresentou resultado inferior a este estudo, com predomínio de especialistas com dois a cinco anos de experiência profissional.

Carvalho *et al.* (2008), ao refletirem sobre as dificuldades enfrentadas por enfermeiros em estudos de validação de diagnóstico de enfermagem, explicam que não é observada uma relação significativa entre o estabelecimento de um diagnóstico correto e os anos de experiência do enfermeiro, nem diferença entre estudantes e profissionais. Os conceitos relativos ao diagnóstico de enfermagem têm sido introduzidos recentemente no âmbito da prática. Assim, os principiantes constroem este conhecimento de formação acadêmica na universidade e não no campo prático do exercício profissional e, portanto, neste aspecto, as habilidades se assemelham. Outra hipótese é que enfermeiros mais experientes utilizam, preferencialmente, o modo de pensar intuitivo e não articulado com o processo diagnóstico.

Com relação à titulação acadêmica, sobressaiu o título de mestre, com atuação na área da docência em instituições de ensino superior. Pesquisas sobre validação por especialistas apresentaram amostras com predomínio da titulação de doutor (CHAVES, CARVALHO, HASS, 2010; MATA; CARVALHO; NAPOLEÃO, 2011). Em contrapartida, a especialização foi a maior titulação da amostra dos estudos desenvolvidos por Almeida, Seganfredo e Unicovsky (2010) e Seganfredo e Almeida (2011). A titulação de mestre e doutor é uma característica relevante, haja vista que a pós-graduação *stricto sensu* é um sistema de aprimoramento científico que visa desenvolver e aprofundar a formação adquirida no âmbito da graduação, formar recursos humanos de alto nível para uma prática transformadora na área do ensino da pesquisa, por meio da obtenção do grau acadêmico que busca assegurar uma atuação profissional diferenciada (ROBAZZI *et al.*, 2012).

Quanto à área de atuação, observou-se que um maior quantitativo de especialistas com experiência na área de terminologias/ diagnósticos de enfermagem em detrimento à área de alcoolismo e/ ou do diagnóstico em estudo. Carvalho *et al.* (2008) afirmam que deve ser considerada a área de atuação dos especialistas, pois grupos de enfermeiros de áreas distintas podem apresentar resultados diferentes, por valorizarem mais as características definidoras que retratam situações específicas da clientela em sua área de atuação do profissional.

Neste contexto, destaca-se a escassez de enfermeiros qualificados para atuar na área de alcoolismo, situação ilustrada pela pesquisa de Silva *et al.* (2011), a qual constatou que o quantitativo da produção científica da enfermagem no Brasil sobre o alcoolismo é pouco expressivo. Pesquisa de Rosa e Tavares (2008) concluiu que a Enfermagem ainda carece de profissionais qualificados para atender às necessidades de familiares e usuários de álcool e outras drogas, o que evidencia a necessidade de reformulação do ensino.

5.2 Análise de conteúdo das definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais por especialistas

A característica definidora Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos foi excluída pelos especialistas, considerado um indicador confuso e já contemplado em outros itens. Estudo de Silva *et al.* (2013) identificou que as principais razões para o consumo de álcool foram esquecer preocupações e eliminar a ansiedade, as quais demonstram escolhas na vida diária ineficazes. Neste raciocínio, aliviar a tensão constitui-se em um motivo para beber (antecedente do alcoolismo) em detrimento a uma característica definidora de processos familiares disfuncionais.

Os indicadores clínicos relacionados ao processo de comunicação (Comunicação prejudicada, Comunicação contraditória e Comunicação paradoxal) foram considerados inadequados nos critérios clareza e/ ou precisão. A análise pelos especialistas indicou uma dificuldade na diferenciação entre estes e sugeriu o acréscimo de exemplos, de modo a torná-los mais compreensíveis. A comunicação prejudicada vincula-se a diferentes barreiras que possam impedir o diálogo efetivo. A contradição consiste na afirmação de duas proposições que são excludentes, haja vista que ambas não podem ser verdadeiras e ambas não podem ser falsas. Diferencia-se do paradoxo, que significa o que é contrário à opinião da maioria (ABBAGNANO, 2007).

A falta de diálogo na família pode acarretar conflitos de relacionamento e problemas relacionados à comunicação com os pais e filhos adolescentes, os quais podem buscar

orientação para seus anseios fora do lar. Assim, a comunicação efetiva constitui ferramenta-chave para a prevenção ao uso de álcool e drogas de quaisquer naturezas e proporciona a harmonia e melhor convivência entre os membros da família (FREIRES; GOMES, 2012).

A característica definidora Dependência teve o seu rótulo considerado vago pelos especialistas, os quais sugeriram que fosse denominada Dependência na tomada de decisões, em face às definições conceitual e operacional a eles apresentadas. Botti, Costa e Henriques (2011) afirmam que os sistemas familiares dos dependentes químicos mostram que a co-dependência afetiva é um laço indestrutível e estável. Deste modo, é uma tentativa inapropriada de um membro da família buscar sua emancipação do sistema familiar, que resulta em ciclos repetitivos de partidas e retornos.

O Caos foi outra característica definidora que sofreu alteração, não em sua definição, mas em sua denominação. Os especialistas julgaram que o termo caos era vago e sugeriram especificar que se trata do Caos no âmbito familiar, o qual representa um estado de completa desordem (ABBAGNANO, 2007). Maurina *et al.* (2012) explicam que a presença de desordem no contexto familiar é inevitável, entretanto, o caráter saudável dos conflitos depende da forma como são abordados e resolvidos, pois remetem ao nível de competência social dos indivíduos.

No âmbito familiar, é saudável que cada um de seus membros cumpra as suas responsabilidades ante sua família. As funções da família têm se modificado ao longo do tempo e dependem da forma como esta é constituída e do contexto sociocultural em que está inserida (MEDEIROS *et al.*, 2013). Neste sentido, a característica definidora Papeis familiares interrompidos foi considerada relevante por especialistas, mas com a necessidade de ser clarificada e mais precisa. A ideia de um papel interrompido refere-se àquele que era exercido e, em função da dependência alcoólica, deixa de ser cumprido.

A Falta de confiabilidade foi uma característica definidora cujas definições conceitual e operacional foram julgadas pelos especialistas como inadequada nos critérios clareza e precisão. Rodrigues, Amestoy e Brazil (2006) afirmam que o álcool gera no ambiente familiar falta de confiança no dependente. A família é pessimista quanto ao tratamento, porquanto já vivenciou tentativas anteriores que foram frustradas. O próprio alcoolista admite que a confiança foi perdida, de modo a dificultar ainda mais sua reabilitação.

As características definidoras Incapacidade de aceitar sentimentos e Incapacidade de expressar sentimentos necessitaram ser melhor definidas e diferenciadas entre si, conforme a opinião de especialistas. A primeira refere-se à falta de habilidade do alcoolista em admitir seus sentimentos para si mesmo, enquanto que a segunda é falar sobre eles, desabafar para

outrem. A expressão de sentimentos, atitudes e opiniões de modo eficaz e adequado ao contexto, com respeito ao outro, é considerada um comportamento socialmente saudável e assertivo. A ideia de expressão do próprio sentimento é uma necessidade independente dos sentimentos alheios. Entretanto, deve-se buscar controlar a forma de expressão ao expor sentimentos negativos, buscar atingir objetivos, preservar a relação com o outro, discordar do outro sem feri-lo, produzir uma imagem positiva de si mesmo, defender seus direitos e respeitar os dos outros (MAURINA *et al.*, 2012).

A Incapacidade de suprir as necessidades emocionais e espirituais de seus membros foram duas características definidoras cujas definições operacionais foram apontadas pelos especialistas como inadequadas no critério clareza. A sugestão dos especialistas frente às definições a eles apresentadas referiu ao fato de que a família espera o apoio emocional e espiritual do alcoolista não por uma carência, mas porque isto é uma demanda da família. O alcoolista, pela sua condição, é um indivíduo carente de afeto e espiritualidade. Assim, é difícil esperar que ele consiga suprir essa demanda de toda a família, quando ele apresenta esta fragilidade em si. Estudo de Sukhwal e Suman (2013) aponta que existe uma correlação positiva entre religiosidade e menor aceitação de beber. Intervenções de promoção da espiritualidade devem ser estimuladas, pois se constituem em um fator protetor para o abuso de álcool ou drogas, problemas e dependência. A espiritualidade pode neutralizar auto-rejeição, promover uma auto-imagem positiva e fornecer normas pessoais que inibem o uso de substâncias.

Dentre os sentimentos negativos vivenciados pelo alcoolista, está a característica definidora Ser diferente das outras pessoas. Os especialistas julgaram-na como reforço a um estigma e sugeriram cautela em sua abordagem ao questionar o alcoolista sobre a presença desta característica. Para Bragança *et al.* (2009), o discurso de exclusão revela o desencontro do sujeito com o meio onde vive. Aquele que carrega consigo um estigma de ser diferente numa sociedade que, historicamente, é marcada pela exclusão, vive uma constante tormenta. Assim, é preciso ressignificar as relações sociais e realocar sentidos que explicitem as relações de igualdade entre o "eu" e o "outro", de modo a considerar semelhanças e diferenças como constitutivas da vida em sociedade.

Um aspecto que contribui para o reforço do estigma é o déficit de conhecimento acerca do alcoolismo. As características definidoras Abuso de drogas, Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias e Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias também necessitam ser mais clarificadas, na ótica dos especialistas. De acordo com a CID-10, o abuso de uma substância (álcool ou drogas) é definido como um modo de

consumo que é prejudicial à saúde física ou psíquica. Diferencia-se da intoxicação aguda, que é o estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreende perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento ou de outras funções e respostas psicofisiológicas, que variam de acordo com a substância e o seu modo de uso. Já a dependência é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, associado ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física (WHO, 2008).

A crítica dos especialistas referiu-se ao fato do rótulo das características definidoras ser sobre o abuso de substâncias e a definição proposta apontar para a dependência. Foram realizados os ajustes, de modo a incorporar o abuso, mas sem desvincular da dependência, haja vista a necessidade de diferenciação entre eles, como mostrado aqui. Os limites precisos entre uso e abuso são difíceis de serem estabelecidos, pois, como visto, variam de acordo com as características da substância, quantidade, modo de uso, via de administração, além dos fatores inerentes ao próprio indivíduo. Existem diversos instrumentos na literatura que são úteis para detectar precocemente ou rastrear risco para o consumo nocivo de álcool, a exemplo do *Cutdown, Annoyed by criticism, Guilty and Eye-opener* (CAGE), *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (MENDES, 2012).

É fato que o déficit de conhecimento ou o conhecimento errôneo acerca do alcoolismo por parte da sociedade, da família e do próprio alcoolista reforçam o estigma negativo sobre a doença. Estudo de Silva *et al.* (2013) identificou que a maioria dos alcoolistas entrevistados tem a concepção de que a doença está relacionada com desvios de conduta e incapacidade do alcoolista de pensar por si próprio e tomar suas decisões de forma consciente.

Chagas *et al.* (2010) explicam que o alcoolismo, por vezes, é compreendido como um desvio moral e não como uma doença. Isto caracteriza a falta de informação que o alcoolista tem acerca de sua doença. Quando o déficit de conhecimento ocorre por parte da família, torna-se um fator que contribui para o abandono desse sujeito. Os autores destacam, ainda, que não somente os familiares apresentam pouco ou nenhum conhecimento sobre o alcoolismo, mas também profissionais de saúde, o que constitui uma barreira no cuidado junto às pessoas alcoolistas.

6 CONCLUSÕES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

A análise de conteúdo por especialistas possibilitou a validação das definições das características definidoras construídas na análise de conceito. Observou-se que os especialistas mantiveram a maioria das características definidoras, porquanto eliminaram apenas duas: Incapacidade de receber ajuda de forma apropriada e Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos. Outras dezessete características sofreram alterações em duas definições ou denominação, em virtude de terem sido julgadas como inadequadas nos critérios clareza e/ou precisão pelos especialistas.

A realização de estudo com especialista é uma tarefa desafiadora, em virtude da escassez de profissionais que atendam aos critérios estabelecidos e aceitem participar do estudo. Verificou-se que a maioria dos participantes tinha experiência em ensino e na área de terminologias / diagnósticos de enfermagem, em detrimento a especialistas com experiência prática e na área de interesse do diagnóstico: Família. Deste modo, o perfil e o quantitativo de especialistas constituíram limitações desta etapa, ao considerar que o método utilizado recomenda dois grupos de especialistas, um com experiência teórica e outro com experiência prática, com um quantitativo de 22 especialistas em cada grupo, para um nível de concordância de 85%. Neste contexto, recomenda-se a realização de estudos futuros, com vistas a suprir as limitações aqui encontradas.

A confirmação da adequação da maioria das definições e as modificações realizadas em algumas definições conceituais e operacionais com base na opinião de especialistas são relevantes para a prática profissional, pois confirmou e aprimorou os achados da análise de conceito. A NANDA-I não apresenta definições para os indicadores clínicos dos diagnósticos, o que dificulta a sua identificação correta na prática e o estabelecimento de um diagnóstico acurado. Assim, estudos desta natureza possibilitam clarificar fenômenos e dar mais segurança ao enfermeiro no julgamento clínico, com base nas definições construídas a partir da literatura e julgadas pertinentes por especialistas.

CAPÍTULO III
ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS

1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS

A análise da acurácia de indicadores clínicos, proposta por Lopes, Silva e Araujo (2012) baseia-se na abordagem de testes diagnósticos. A primeira etapa de estudos de acurácia de indicadores clínicos é a definição da questão de pesquisa. A partir da ideia de que estudos de acurácia permitem o desenvolvimento de pesquisas em fases independentes, os autores adaptaram a classificação proposta para estudos de acurácia de Knottnerus e Buntinx (2009), para pesquisas com diagnósticos de enfermagem, conforme mostrado no Quadro 8.

Quadro 8 – Questões de pesquisa para estudos de acurácia de acordo com a fase no modelo de validação de Lopes, Silva e Araujo (2012).

Fases	Questão a ser respondida
I	Pacientes com um diagnóstico de enfermagem específico têm indicadores clínicos diferentes de indivíduos sem este diagnóstico?
II	Pacientes com certo indicador clínico são mais prováveis de ter o diagnóstico de enfermagem de interesse do que pacientes com outros diagnósticos?
III	Entre pacientes clinicamente suspeitos de ter o diagnóstico de enfermagem em questão, o indicador clínico distingue entre aqueles com e sem este diagnóstico?
IV	Pacientes identificados precocemente com determinados indicadores clínicos apresentaram resultados finais (de saúde) melhores que aqueles que não foram avaliados para a presença dos mesmos?
V	A identificação precoce dos indicadores clínicos levou a melhores resultados de saúde a um custo aceitável?

Os estudos de fase I remontam a uma abordagem retrospectiva e assemelham-se, em alguns aspectos, aos modelos clássicos de validação clínica. Porém, nesta abordagem, também são estudados indivíduos sem o diagnóstico. Os estudos de fase II podem ser considerados os mais usuais. Buscam analisar as características de acurácia dos indicadores clínicos entre indivíduos susceptíveis ao diagnóstico de enfermagem. Em geral, utiliza-se amostragem naturalística, em que todos os sujeitos que compõem a amostra são avaliados quanto à presença de cada indicador clínico e do diagnóstico e devem representar todos os espectros do diagnóstico de enfermagem. Este tipo de amostragem também é utilizado nos estudos de fase III, que buscam definir quais indicadores clínicos são mais eficientes para identificar o diagnóstico de enfermagem nas situações em que ocorrem dúvidas. Os estudos de fase IV e V estão relacionados às consequências de se utilizar os indicadores. Os estudos de fase IV detêm-se a melhores resultados clínicos e os de fase V detêm-se à redução de custos (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Uma das limitações enfrentadas na realização de estudos de acurácia de diagnóstico de enfermagem, apontada por Lopes, Silva e Araujo (2012), é a definição de um padrão de referência. O padrão de referência é uma estratégia utilizada para identificar corretamente indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem. Assim, na ausência de padrões de referência, a identificação de diagnósticos de enfermagem depende da avaliação de examinadores ou do uso de técnicas estatísticas especiais como a Análise de classe latente. Com vistas a diminuir o viés de padrão-ouro imperfeito, os autores recomendam o treinamento de avaliadores. O treinamento deve englobar temas relacionados à definição e componentes do diagnóstico de enfermagem, aspectos fisiológicos e psicossociais, características exclusivas e comuns do diagnóstico e o contexto da população-alvo.

Após o treinamento, é necessário avaliar a capacidade do avaliador inferir corretamente o diagnóstico. Para tanto, Lopes, Silva e Araujo (2012) propõem a utilização do método de classificação de atributos, que se baseia no uso de histórias clínicas verdadeiras ou fictícias. Cada examinador recebe, sequencialmente, um conjunto de histórias clínicas para indicar a presença ou a ausência do diagnóstico. Este processo é repetido, mas com as histórias em ordem aleatória e diferente da avaliação anterior. A quantidade de histórias e de repetições varia e depende do número de examinadores que participam do treinamento. Para um examinador, utilizam-se 24 histórias aplicadas cinco vezes; para dois examinadores, diminui para 18 histórias com quatro repetições e para três ou mais examinadores, utilizam-se 12 histórias com três repetições. O passo seguinte consiste em calcular as medidas de eficiência, taxa de falsos positivos e negativos e tendência, para verificar a capacidade de discernimento dos examinadores.

- Eficiência: $E = \text{número de identificações corretas} / \text{número total de histórias analisadas}$. Consiste na capacidade do examinador detectar corretamente a presença ou ausência do diagnóstico. O ponto de corte proposto é ≥ 0.8 .
- Taxa de falso negativo: $FN = \text{número de indivíduos com o diagnóstico classificados incorretamente} / \text{total de indivíduos com o diagnóstico}$. Refere-se à probabilidade de um indivíduo com o diagnóstico não ser identificado. O ponto de corte proposto é ≥ 0.1 .
- Taxa de falso positivo: $FP = \text{número de indivíduos sem o diagnóstico classificados incorretamente} / \text{total de indivíduos sem o diagnóstico}$. Refere-se à probabilidade de identificar um diagnóstico em indivíduos sem o mesmo. O ponto de corte proposto é ≥ 0.1 .

- Tendência: $T = T(FP)/T(FN)$. Representa a predisposição de um avaliador classificar um indivíduo como tendo ou não o diagnóstico. O valor ideal é 1, sendo aceitáveis valores entre 0.80 e 1.20. Os valores superiores a 1 indicam uma tendência de classificar os indivíduos como portadores do diagnóstico, enquanto que os valores menores que 1 indicam tendência para classificar indivíduos como não portadores do diagnóstico.

Após o treinamento e desempenho satisfatório na avaliação, o examinador realiza a inferência diagnóstica, de modo a indicar se os sujeitos com determinadas características definidoras são portadores ou não do diagnóstico de enfermagem em estudo. Após a inferência diagnóstica, são calculadas as medidas de acurácia, com base na Tabela 6.

Tabela 6 – Organização dos dados para cálculo das medidas de acurácia de um indicador clínico (LOPES; SILVA, ARUJO, 2012).

		Diagnóstico de Enfermagem		
		Presente	Ausente	Total
Indicador Clínico	Presente	a	b	a+b
	Ausente	c	d	c+d
	Total	a+c	b+d	a+b+c+d

As medidas de acurácia comumente analisadas incluem a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos positivo e negativo. Outras medidas utilizadas incluem: eficiência, índice de Youden, razão de verossimilhança positiva e negativa, *Odds ratio* diagnóstica e área sob a curva ROC.

- Sensibilidade: $Se = a/(a+c)$. Indica a proporção de sujeitos com o diagnóstico de enfermagem para os quais o indicador está presente.
- Especificidade: $Sp = d/(b+d)$. Indica a proporção de sujeitos sem o diagnóstico para os quais o indicador está ausente.
- Valor preditivo positivo: $VPP = a/(a+b)$. Indica a porcentagem de pessoas que apresentam o indicador clínico e realmente tem o diagnóstico de interesse. Valores preditivos positivos elevados estão relacionados a valores altos de especificidade. Nesta situação, a presença do indicador clínico está associada à presença do diagnóstico.
- Valor preditivo negativo: $VPN = d/(c+d)$. Indica a porcentagem de pessoas sem o indicador clínico que não apresentam o diagnóstico de interesse. Valores

preditivos negativos elevados estão relacionados a valores altos de sensibilidade. Nesta situação, a ausência do indicador é útil para determinar a ausência do diagnóstico de enfermagem.

- Eficiência: $E = (a+d)/(a+b+c+d)$. Refere-se à capacidade do indicador clínico de classificar corretamente os indivíduos com e sem o diagnóstico de enfermagem.
- Índice J de Youden: $J = Se + Sp - 1$. O resultado varia, teoricamente, de -1 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor é a qualidade do indicador clínico.
- Razão de verossimilhança positiva e negativa. $RVP = Se/(1-Sp)$ e $RVN = (1-Sp)/Se$. Indica a probabilidade da presença/ ausência de um indicador clínico em pessoas com o diagnóstico dividido por esta mesma probabilidade em pessoas sem o diagnóstico. Expressa quantas vezes é mais (ou menos) provável identificar a presença/ ausência de um indicador em pessoas com o diagnóstico, em comparação com aquelas sem o diagnóstico. Um bom indicador clínico possui um valor alto para a RVP e valores próximos a zero para a RVN. O valor 1 não fornece nenhuma informação sobre a probabilidade do diagnóstico.
- *Odds ratio* diagnóstica: $ORD = RVP/RVN$. Representa em quanto se aumenta a chance de um indivíduo ter o diagnóstico quando o indicador está presente.
- Área sob a curva ROC: $ROC = (Se+Sp)/2$. É uma medida utilizada para comparação entre múltiplos indicadores clínicos. O seu valor máximo é 1. Quanto mais próximo de 1, melhor é o desempenho do indicador clínico e quanto mais próximo de 0,5, pior é o seu desempenho.

Outra abordagem que pode ser utilizada para cálculo de medidas de acurácia na ausência de padrão de referência perfeito, é o método de Análise de Classes Latentes (ACL). O método baseia-se na suposição que uma variável não observada ou latente (diagnóstico de enfermagem) determina as associações entre as variáveis observáveis (características definidoras). Este método apesar de ser utilizado em outras áreas para cálculo de sensibilidade e especificidade, ainda é pouco conhecido na enfermagem. Para o cálculo de medidas de acurácia baseado na ACL, se faz necessário apenas a coleta de dados referentes apenas às características definidoras.

2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS

- Verificar a validade clínica de características definidoras para a identificação do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool com pessoas com síndrome da dependência alcoólica;

- Avaliar as medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool com pessoas com síndrome da dependência alcoólica;

- Identificar a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool com pessoas com síndrome da dependência alcoólica.

3 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de fase II de acurácia de indicadores clínicos de diagnóstico de enfermagem com corte transversal baseada na abordagem de testes diagnósticos. A acurácia de um indicador clínico refere-se à capacidade deste indicador em discriminar corretamente indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Assim, esta etapa do estudo buscou avaliar a acurácia das características definidoras frente ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Associação de Proteção à Maternidade e à Infância (APAMI), localizada na cidade de Vitória de Santo Antão- PE, a 50 km de Recife- PE. O hospital-maternidade desenvolve um programa de ações terapêuticas para portadores da Síndrome de Dependência do Álcool. A APAMI é uma entidade filantrópica e sem fins lucrativos, criada em 1953, com a construção de um Posto de Puericultura para atender as crianças carentes do município e, em 1955, passou a incorporar serviço de maternidade.

Em 2002, foi solicitada à APAMI a possibilidade de transferência dos alcoolistas que eram atendidos no Hospital Agamenon Magalhães, em Recife, o qual não apresentava mais condições de prestar tal atendimento. Então, a APAMI realizou um estudo sobre os agravos e doenças causados pelo álcool e identificou diversas doenças crônicas que poderiam ser tratadas com pacientes internados na unidade de cuidados prolongados da APAMI.

Atualmente, o hospital conta com 123 leitos distribuídos nas clínicas de Pediatria (28 leitos), Obstetrícia (25 leitos), Clínica Médica (15 leitos), Cirurgia Geral (06 leitos), Cirurgia Ginecológica (06 leitos), Cirurgia Vascular (02 leitos), Traumato-Ortopedia (02 leitos) e Unidade de Cuidados Prolongados (39 leitos). O ambulatório, que conta com diversas especialidades, atende cerca de três mil consultas por mês. No total, o hospital possui um quadro funcional de 217 profissionais, dos quais 57 são de nível superior, 160 de nível médio.

O serviço de atenção e reabilitação ao portador de Síndrome da Dependência Alcoólica engloba:

- Internação de pacientes alcoolistas na Unidade de Cuidados Prolongados,
- Intervenção interdisciplinar e multiprofissional,
- Desenvolvimento da espiritualidade,

- Resgate da cidadania com o restabelecimento do vínculo familiar,
- Encaminhamento e acompanhamento pós-alta hospitalar para Unidade de Referência em Alcoolismo,
- Intervenção Psicoterapêutica no processo de internação,
- Parceria com os Alcoólicos Anônimos (A. A),
- Grupo de acolhimento no momento da internação (direitos e deveres),
- Palestras educativas,
- Grupos de auto-ajuda para desenvolvimento da auto-estima,
- Grupo de avaliação do tratamento,
- Grupo de preparação para a alta hospitalar,
- Oficinas de arte,
- Atividades de lazer e recreação,
- Atividades físicas,
- Parceria com outras instituições as quais desenvolvem assistência aos usuários de drogas para estabelecimento do sistema de referência e contra-referência.

Na sua maioria, os usuários são do sexo masculino, faixa etária de 19 a 65 anos, oriundos de Vitória de Santo Antão- PE e de cidades circunvizinhas, além de pessoas provenientes da capital, região metropolitana e outras cidades do agreste e sertão pernambucano. O serviço atende ainda à clientela indígena encaminhada pela FUNAI.

O hospital possui oito enfermarias para o atendimento de pacientes com síndrome da dependência alcoólica, distribuídas em duas alas, denominadas “Santo Ivo” e “Vovó Sinhá”, que perfazem 39 leitos. Os pacientes são assistidos por uma equipe multidisciplinar, composta por Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Psicóloga, Nutricionista, Assistente Social, Médico, Enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem. São desenvolvidas atividades específicas de cada profissional e em equipe (atendimento em grupo, atividades recreativas e de lazer).

O tempo de permanência dos pacientes no serviço é variável e depende do quadro clínico dos mesmos. Em média, tem duração de trinta dias e pode estender-se até noventa dias. Após a alta hospitalar, o paciente é encaminhado para continuidade do tratamento em nível ambulatorial na rede pública e os residentes em Vitória de Santo Antão são encaminhados para o ambulatório da própria APAMI.

3.3 População e amostra

O estudo foi desenvolvido com pacientes alcoolistas internados na APAMI. Embora o diagnóstico em estudo seja um fenômeno inerente à família, a investigação de sua manifestação apenas com um de seus membros se faz necessária para uma avaliação inicial. A partir da identificação das características definidoras mais sensíveis com os alcoolistas, o enfermeiro poderá partir para uma investigação mais profunda do diagnóstico com toda a família. Wright e Leahey (2012) afirmam que a modificação de um dos membros da família afeta todos em graus variados, pois quando um membro começa a modificar, não será possível os outros responderem como anteriormente. Além disso, as autoras sugerem que, ao avaliar o indivíduo, o enfermeiro pode trazer o foco familiar para a situação, por meio de questões direcionadas a este fim.

Foram incluídos os pacientes que apresentavam o diagnóstico médico de síndrome da dependência alcoólica confirmado e internados na APAMI, idade superior a 18 anos e clinicamente estáveis, baseado no registro clínico do prontuário.

Para estimar o tamanho da amostra, utilizaram-se como parâmetros:

- Z_{α} de 1,96, que se refere ao nível de confiança de 95%;
- $V(v)$ refere-se à variância da medida de acurácia principal para o estudo. Foi considerada a sensibilidade de 85%. Para calcular esta medida, multiplicou-se o valor estabelecido pelo seu complementar. Assim, tem-se: $V = Se \times (1-Se) = 0,85 \times 0,15 = 0,1275$;
- L refere-se à extensão do intervalo de confiança a ser construído para cada medida. Foi considerado o valor 0,10 (10%);
- P refere-se à prevalência do diagnóstico de interesse. Foi adotado o valor 0,2 (20%). Este valor foi estimado a partir do I levantamento nacional de padrões de consumo de álcool, em que os problemas familiares decorrentes do uso de álcool esteve presente em aproximadamente 20% dos entrevistados (LARANJEIRA *et al*, 2007).

A estimativa foi calculada com base na seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot V(v)}{L^2 \cdot P}$$

$$n = 1,96 \times 1,96 \times 0,1275 / 0,15^2 \cdot 0,2$$

$$n = 109 \text{ pacientes alcoolistas}$$

A amostra final foi composta por 110 alcoolistas. Foi adotada uma estratégia de amostragem naturalística, na qual a captação foi realizada de forma consecutiva. Esta técnica consiste no arrolamento de toda a população acessível em um período de tempo que seja longo o suficiente para incluir mudanças temporais relevantes para a pesquisa. Foram excluídos pacientes que apresentassem déficit cognitivo, desorientação no tempo e espaço, alteração no nível de consciência ou que estavam alcoolizados no momento da coleta.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento composto de duas partes. A primeira parte com a finalidade de investigar o perfil sócio-demográfico e dados referentes ao uso de álcool. A segunda parte do instrumento buscou verificar a presença das variáveis explanatórias do estudo (características definidoras). A construção do instrumento foi feita com base nas referências empíricas das características definidoras construídas na análise de conceito e consideradas como adequadas por especialistas. Cada indicador clínico foi avaliado com o alcoolista pela pesquisadora e classificado como presente ou ausente (APÊNDICE E).

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados com os alcoolistas internados na APAMI, no período julho a dezembro de 2013, de forma consecutiva, mediante aceite dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F). A coleta foi feita com o instrumento de coleta de dados preestabelecido, aplicado por meio da técnica de entrevista, tendo em vista o caráter subjetivo das características definidoras.

A coleta de dados com os alcoolistas foi realizada pela pesquisadora responsável e as características definidoras foram classificadas em presentes ou ausentes nos alcoolistas. Não foi realizada inferência diagnóstica.

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram consolidados em uma planilha do *software Microsoft Excel* e analisados com apoio do pacote estatístico R. A análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para as proporções de variáveis categóricas foram calculados intervalos de confiança de 95%. Para verificação de aderência à distribuição normal foi aplicado o teste de Lilliefors.

Para verificar a sensibilidade e especificidade de cada característica definidora foi utilizado o método de análise de classes latentes (ACL). Esta técnica é utilizada para cálculo

de medidas de acurácia de indicadores clínicos quando não existe padrão de referência perfeito, baseada na suposição que uma variável não-observada ou latente (diagnóstico de enfermagem) determina as associações entre as variáveis observáveis (características definidoras). Um modelo de duas classes latentes de efeitos randômicos foi utilizado para cálculo dos valores de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95% (QU; TAN; KUTNER, 1996). O modelo de efeitos randômicos foi escolhido pela suposição dependência condicional entre as características definidoras do diagnóstico em análise. Para verificação da bondade do ajuste dos modelos de classe latente foi aplicado o teste da razão de verossimilhança (G^2).

Devido ao grande número de características definidoras, um modelo inicial de classe latente com todas estas características foi inicialmente ajustado e denominado de modelo nulo. A partir deste modelo, características definidoras que apresentassem o pior desempenho, avaliado num primeiro momento, pela não significância estatística dos intervalos de confiança, foram excluídas. Após esta primeira avaliação, o modelo não apresentou ajustamento adequado sendo necessária a exclusão sequencial de outras características definidoras. Para esta exclusão adotou-se a seguinte estratégia: Primeiramente, todas as características definidoras que apresentavam tanto valores de sensibilidade como de especificidade inferiores a 0,6 foram excluídas e um novo modelo de classe latente foi construído e avaliado quanto à qualidade de seu ajustamento. Em seguida, procedeu-se de forma similar com características definidoras com medidas de acurácia inferiores a 0,65 (ou seja, com fator de incremento de 0,05 em relação ao primeiro grupo de excluídos). Continuou-se com esta estratégia até valores inferiores a 0,85 quando se passou a construir modelos com fator de incremento de 0,01 até que os testes de bondade de ajuste mostrassem igualdade entre frequência observadas na amostra e esperadas do modelo.

Foram ajustados quatro modelos de classe latente utilizando a estratégia descrita: um modelo construído a partir de todas as características e um modelo a partir dos três subgrupos de características definidoras descritas na taxonomia da NANDA-I para o diagnóstico Processos familiares disfuncionais (Comportamentais, Papeis e relacionamentos, e Sentimentos). Para todas as análises, adotou-se o nível de significância de 5%.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). A coleta de dados do estudo teve início após sua aprovação pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (ANEXO A).

O estudo foi apresentado à direção e coordenação do serviço de enfermagem do hospital e foi solicitada a carta de anuência para a realização da pesquisa (ANEXO B). A participação dos portadores de síndrome da dependência alcoólica ocorreu mediante assinatura do TCLE, o qual abordou dados de identificação do pesquisador responsável, contato do Comitê de Ética em Pesquisa a que o projeto foi submetido, título e objetivo da pesquisa, métodos empregados, riscos e benefícios, garantia do anonimato e respeito à autonomia do sujeito em retirar seu consentimento a qualquer fase da pesquisa se assim o desejasse. Constatou-se, também, a assinatura do pesquisador responsável e 2 testemunhas.

Esta etapa do estudo não ofereceu risco à integridade física dos participantes. Entretanto, devido aos questionamentos acerca das relações familiares no contexto do alcoolismo, a pesquisa ofereceu risco de constrangimento. Com vistas a minimizar este risco, as entrevistas foram realizadas em local apropriado e foi garantido ao sujeito o anonimato na divulgação dos resultados da pesquisa.

Como benefício do estudo aos alcoolistas, destaca-se que a pesquisa permitiu uma melhor compreensão dos processos disfuncionais sofridos pela família em decorrência da dependência de álcool e, assim, proporcionará embasamento a enfermeiros para atuar de modo a minimizar as consequências negativas deste fenômeno.

O material oriundo da coleta de dados foi armazenado pela pesquisadora responsável em computadores e arquivos, no Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, o qual será mantido armazenado por um período de cinco anos após a divulgação dos resultados.

4 RESULTADOS DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS

4.1 Caracterização da amostra

A Tabela 7, a seguir, apresenta a caracterização sócio-demográfica da amostra estudada. Observa-se que houve predomínio de pacientes do sexo masculino, com idade média de 43,98 anos (desvio padrão: 10,78), solteiros, com ensino fundamental incompleto, católicos, empregados, com renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos, procedentes de Vitória de Santo Antão, mas com predominância da naturalidade de outros municípios do estado de Pernambuco.

Tabela 7 – Características sócio-demográficas da amostra estudada. Vitória de Santo Antão, 2014

Variáveis	N	%	IC 95% inf.	IC 95% sup.
1. Sexo				
Masculino	104	94,5	88,0	97,7
Feminino	6	5,5	2,2	11,9
2. Estado civil				
Solteiro	42	38,2	29,2	47,9
Casado/união estável	29	26,4	18,6	35,8
Separado	37	33,6	25,1	43,3
Viúvo	2	1,8	3,1	7,0
3. Escolaridade				
Analfabeto	16	14,5	8,8	22,8
Ens. Fund. Incompleto	69	62,7	52,9	71,6
Ens. Fund. Completo	8	7,3	3,4	14,2
Ens. Médio Incompleto	6	5,5	2,2	11,9
Ens. Médio Completo	10	9,1	4,7	16,5
Ens. Sup. Completo ou mais	1	0,9	0,0	5,6
4. Religião				
Ateu/agnóstico	19	17,3	10,9	25,9
Católico	76	69,1	59,5	77,4
Evangélico	15	13,6	8,1	21,8
5. Situação ocupacional				
Desempregado	31	28,2	20,2	37,8
Empregado	67	60,9	51,1	69,9
Aposentado	12	10,9	6,0	18,6
6. Renda familiar				
<1SM	33	30,0	21,8	39,6
1SM -- 2SM	40	36,4	27,5	46,1
2SM -- 3SM	20	18,2	11,7	26,9

3SM ou mais	17	15,5	9,5	23,8	
7. Procedência					
Vitória de Santo Antão	49	44,5	35,2	54,3	
Recife	13	11,8	6,7	19,7	
Outros municípios de PE	46	41,8	32,6	51,6	
Outros estados	2	1,8	0,3	7,1	
8. Naturalidade					
Vitória de Santo Antão	36	32,7	24,3	42,4	
Recife	19	17,3	10,9	25,9	
Outros municípios de PE	49	44,5	35,2	54,3	
Outros estados	6	5,5	2,2	11,9	
	Média	DP	Mediana	IQ	Valor p¹
9. Idade	43,98	10,78	44,00	13	0,029
10. Número de membros da família	2,59	1,54	2,00	3	<0,001

1 – Teste de Lilliefors

Quanto às características clínicas, a Tabela 8 mostra que a maioria consome bebida alcoólica com frequência diária, sendo a cachaça a bebida mais consumida. Menos de 20% afirmaram ter consumido outras substâncias com álcool, a exemplo de álcool a 70% vendido em farmácias, ou álcool utilizado como combustível ou ainda substâncias como perfumes ou produtos de limpeza que continham álcool em sua composição. Do total, 64,5% relatam já ter faltado ao trabalho por causa da bebida e 46,1% afirmam ter outras doenças, a exemplo de diabetes, hipertensão arterial, hepatopatia, cardiopatia e problemas neurológicos. Foi expressivo o quantitativo de pacientes que afirmou ter antecedentes familiares de alcoolismo.

Os pacientes entrevistados apresentavam, em média, 10,05 dias de internação (desvio padrão: 9,73). Quanto ao histórico de internações anteriores, apresentaram uma média de 2,75 internações (desvio padrão: 3,88), sendo a primeira, em média, há 3,13 anos (desvio padrão: 4,77).

Tabela 8 – Características clínicas da amostra estudada. Vitória de Santo Antão, 2014

Variáveis	n	%	IC 95% inf.	IC 95% sup.
1. Frequência de consumo de bebida alcoólica				
Todos os dias	80	72,7	63,2	80,5
Entre 4-6 dias/semana	7	6,4	2,8	13,1
Três ou menos dias/semana	23	20,9	13,9	29,9
2. Tipo de bebida consumida				
Cachaça	90	81,8	73,1	88,3
Outras bebidas destiladas	16	14,5	8,8	22,8
Cerveja	4	3,6	1,1	9,5
3. Uso de outras substâncias com o álcool				
Sim	21	19,1	12,5	27,9
Não	89	80,9	72,1	87,5

4. Falta ao trabalho					
Sim	71	64,5	54,8	73,2	
Não	39	35,5	26,7	45,2	
5. Relata outras doenças					
Sim	51	46,4	36,9	56,1	
Não	59	53,6	43,9	63,1	
6. Antecedentes de alcoolismo					
Sim	69	62,7	52,9	71,6	
Não	41	37,3	28,4	47,0	
	Média	DP	Mediana	IQ	Valor p¹
7. Tempo de internação (dias)	10,05	9,73	7,00	13	<0,001
8. Tempo que ingere bebida alcoólica (anos)	27,04	10,57	28,50	16	0,184
9. Número de internações	2,75	3,88	2,00	2	<0,001
10. Tempo desde a 1ª internação (anos)	3,13	4,77	1,00	5	<0,001

1 – Teste de Lilliefors

4.2 Análise da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem

Processos familiares disfuncionais

A Tabela 9 mostra que as características definidoras Ansiedade, Angústia, Mentiras, Tristeza não resolvida e Confusão foram aquelas que apresentaram maior proporção, enquanto que Abuso sexual (característica definidora não constante na NANDA-I, mas incorporada pela análise de conceito) apresentou menor proporção observada.

Tabela 9 – Características definidoras do diagnóstico Processos familiares disfuncionais identificadas em alcoolistas. Vitória de Santo Antão, 2014

Característica definidora	n	%	IC 95% inf.	IC 95% sup.
Ansiedade	96	87,3	79,2	92,6
Angústia	94	85,5	77,1	91,2
Mentiras	92	83,6	75,1	89,7
Tristeza não resolvida	92	83,6	75,1	89,7
Confusão	91	82,7	74,1	89,0
Autocrítica muito rígida	90	81,8	73,1	88,3
Emoções reprimidas	90	81,8	73,1	88,3
Constrangimento	89	80,9	72,1	87,5
Promessas rompidas	88	80,0	71,1	86,8
Deterioração nos relacionamentos familiares	87	79,1	70,1	86,0
Culpa	87	79,1	70,1	86,0
Busca de aprovação	86	78,2	69,1	85,3
Baixa autoestima crônica	85	77,3	68,1	84,5
Caos no âmbito familiar	83	75,5	66,1	82,9
Dificuldade com relacionamentos íntimos	82	74,5	65,2	82,1

Dificuldade para divertir-se	82	74,5	65,2	82,1
Problemas conjugais	82	74,5	65,2	82,1
Dinâmicas familiares perturbadas	81	73,6	64,2	81,4
Comunicação prejudicada	77	70,0	60,4	78,2
Imaturidade	77	70,0	60,4	78,2
Depressão	77	70,0	60,4	78,2
Amor e piedade confusos	76	69,1	59,5	77,4
Fracasso	76	69,1	59,5	77,4
Comunicação contraditória	75	68,2	58,5	76,5
Negação de problemas	74	67,3	57,6	75,7
Conflito crescente	73	66,4	56,6	74,9
Função de papel alterada	70	63,6	53,8	72,4
Relacionamentos familiares triangulados	69	62,7	52,9	71,6
Desvalorização	69	62,7	52,9	71,6
Abuso verbal	68	61,8	52,0	70,7
Controle da comunicação	68	61,8	52,0	70,7
Dependência de nicotina	66	60,0	50,2	69,1
Temperamento lábil	66	60,0	50,2	69,1
Contato físico diminuído	65	59,1	49,3	68,2
Abandono	65	59,1	49,3	68,2
Falta de identidade	65	59,1	49,3	68,2
Isolamento social	64	58,2	48,4	67,4
Comunicação paradoxal	63	57,3	47,5	66,5
Dependência para a tomada de decisões	63	57,3	47,5	66,5
Desconfiança	63	57,3	47,5	66,5
Rituais familiares interrompidos	62	56,4	46,6	65,7
Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias	60	54,5	44,8	63,9
Sistemas de comunicação fechados	60	54,5	44,8	63,9
Incapacidade de lidar com conflitos	59	53,6	43,9	63,1
Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool)	59	53,6	43,9	63,1
Problemas econômicos	58	52,7	43,0	62,2
Distúrbios de concentração	56	50,9	41,2	60,5
Habilidades ineficazes para a resolução de problemas	55	50,0	40,8	59,2
Papeis familiares interrompidos	55	50,0	40,8	59,2
Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros	54	49,1	39,5	58,7
Racionalização	54	49,1	39,5	58,7
Ser diferente das outras pessoas	54	49,1	39,5	58,7

Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas	52	47,3	37,8	56,9
Incapacidade de expressar sentimentos	51	46,4	36,9	56,1
Manipulação	50	45,5	36,0	55,2
Falta de confiabilidade	47	42,7	33,4	52,5
Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família	47	42,7	33,4	52,5
Incapacidade de aceitar sentimentos	46	41,8	32,6	51,6
Desesperança	45	40,9	31,7	50,7
Crítica	43	39,1	30,1	48,9
Ressentimento	43	39,1	30,1	48,9
Incapacidade de adaptar-se a mudanças	42	38,2	29,2	47,9
Luta por poder	41	37,3	28,4	47,0
Abuso físico	39	35,5	26,7	45,2
Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros	38	34,5	25,9	44,3
Falta de coesão	38	34,5	25,9	44,3
Somatização	37	33,6	25,1	43,3
Negação da família	34	30,9	22,6	40,5
Rejeição	33	30,0	21,8	39,6
Incompreensão	33	30,0	21,8	39,6
Abuso de drogas	32	29,1	21,0	38,6
Infelicidade	31	28,2	20,2	37,8
Insatisfação	31	28,2	20,2	37,8
Insegurança	31	28,2	20,2	37,8
Hostilidade	29	26,4	18,6	35,8
Medo	26	23,6	16,3	32,3
Incapacidade de aceitar ajuda	25	22,7	15,5	31,9
Tensão	25	22,7	15,5	31,9
Frustração	24	21,8	14,7	30,9
Isolamento emocional	24	21,8	14,7	30,9
Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias	23	20,9	13,9	29,9
Sentimentos feridos	23	20,9	13,9	29,9
Solidão	22	20,0	13,2	28,9
Distúrbios no desempenho escolar em crianças	21	19,1	12,5	27,9
Vergonha	17	15,5	9,5	23,8
Vulnerabilidade	17	15,5	9,5	23,8
Raiva	15	13,6	8,1	21,8
Perda	12	10,9	6,0	18,6

P25

Abuso sexual	8	7,3	3,4	14,2
--------------	---	-----	-----	------

A Tabela 10 apresenta os valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classes latentes (ACL). A característica definidora que apresentou maior valor de sensibilidade foi Raiva, enquanto que a característica Abuso sexual foi a que apresentou maior especificidade.

As características definidoras Comunicação paradoxal, Habilidades ineficazes para a resolução de problemas, Incapacidade de lidar com conflitos, Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool), Problemas econômicos, Rituais familiares interrompidos, Sistemas de comunicação fechados, Abandono, Desvalorização, Falta de identidade e Ser diferente das outras pessoas, foram aquelas que apresentaram, simultaneamente, os valores de sensibilidade e especificidade com significância estatística (Intervalos de confiança acima de 0,5). A característica Desvalorização foi a que apresentou, ainda, maior valor para área sob a curva ROC.

As características definidoras Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias, Dependência para tomada de decisão, Distúrbios de concentração, Incapacidade de expressar sentimentos, Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas e Papeis familiares interrompidos, não mostraram valores significativos para sensibilidade nem para especificidade.

Tabela 10 - Valores desensibilidade (Se) e especificidade (Sp) das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classes latentes (ACL). Vitória de Santo Antão, 2014.

Características definidoras	Se	IC 95%		Sp	IC 95%		ROC
1. Abuso de drogas	0,3243	0,2105	0,4364	0,7574	0,6279	0,8753	0,5409
2. Abuso verbal	0,7998	0,7050	0,8923	0,6446	0,4998	0,7826	0,7222
3. Abuso físico	0,5068	0,3931	0,6290	0,8656	0,7500	0,9556	0,6862
4. Abuso sexual	0,1076	0,0318	0,1908	0,9778	0,9250	1,0000	0,5427
5. Autocrítica muito rígida	0,8619	0,7669	0,9428	0,2450	0,1163	0,3725	0,5534
6. Busca de aprovação	0,7542	0,6394	0,8551	0,1783	0,0700	0,2999	0,4662
7. Caos no âmbito familiar	0,8002	0,7000	0,8955	0,3115	0,1930	0,4392	0,5558
8. Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias	0,2460	0,1351	0,3611	0,8443	0,7381	0,9388	0,5451
9. Comunicação contraditória	0,8445	0,7611	0,9315	0,5534	0,4001	0,7073	0,6989
10. Comunicação paradoxal	0,7835	0,6769	0,8848	0,7321	0,5952	0,8500	0,7578
11. Comunicação prejudicada	0,8155	0,7166	0,9032	0,4671	0,3332	0,6286	0,6413
12. Conflito crescente	0,7680	0,6620	0,8636	0,4873	0,3261	0,6305	0,6276
13. Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias	0,5533	0,4231	0,6812	0,4658	0,3193	0,6087	0,5095
14. Contato físico diminuído	0,7078	0,5937	0,8093	0,5782	0,4317	0,7179	0,6430
15. Controle da comunicação	0,7372	0,6261	0,8395	0,5540	0,4048	0,7000	0,6456
16. Crítica	0,5219	0,3964	0,6377	0,7986	0,6809	0,9167	0,6602
17. Dependência para a tomada de decisões	0,6153	0,4915	0,7392	0,4889	0,3333	0,6336	0,5521
18. Dependência de nicotina	0,6918	0,5757	0,8065	0,5328	0,3750	0,6744	0,6123
19. Dificuldade com relacionamentos íntimos	0,8930	0,8058	0,9582	0,4680	0,3095	0,6135	0,6805
20. Dificuldade para divertir-se	0,7849	0,6875	0,8852	0,3117	0,1816	0,4528	0,5483
21. Distúrbios de concentração	0,5990	0,4706	0,7192	0,6210	0,4615	0,7618	0,6100
22. Distúrbios no desempenho escolar em crianças	0,2765	0,1642	0,3913	0,9329	0,8478	1,0000	0,6047
23. Somatização	0,4612	0,3333	0,5821	0,8443	0,7317	0,9487	0,6527
24. Falta de confiabilidade	0,5549	0,4308	0,6731	0,7573	0,6191	0,8750	0,6561
25. Habilidades ineficazes para a resolução de problemas	0,6602	0,5432	0,7702	0,7317	0,6010	0,8605	0,6959
26. Imaturidade	0,8773	0,7903	0,9531	0,5565	0,4044	0,7027	0,7169
27. Incapacidade de aceitar ajuda	0,3086	0,2000	0,4286	0,8904	0,7959	0,9767	0,5995

Tabela 10 – Valores de sensibilidade... (Cont.)

Características definidoras	Se	IC 95%		Sp	IC 95%		ROC
28. Incapacidade de aceitar sentimentos	0,5087	0,3881	0,6306	0,7127	0,5682	0,8501	0,6107
29. Incapacidade de adaptar-se a mudanças	0,5064	0,3818	0,6269	0,7984	0,6731	0,9122	0,6524
30. Incapacidade de lidar com conflitos	0,7072	0,5904	0,8125	0,7107	0,5718	0,8378	0,7090
31. Incapacidade de expressar sentimentos	0,5242	0,4092	0,6508	0,6240	0,4761	0,7632	0,5741
32. Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas	0,5393	0,4179	0,6579	0,6236	0,4752	0,7632	0,5814
33. Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família	0,5694	0,4459	0,6955	0,7783	0,6603	0,8909	0,6739
34. Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros	0,4473	0,3276	0,5672	0,8019	0,6809	0,9166	0,6246
35. Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros	0,5992	0,4769	0,7213	0,6657	0,5335	0,7992	0,6325
36. Isolamento social	0,7375	0,6189	0,8472	0,6434	0,4996	0,7805	0,6905
37. Luta por poder	0,4913	0,3678	0,6086	0,7988	0,6739	0,9070	0,6451
38. Manipulação	0,5523	0,4220	0,6724	0,6869	0,5454	0,8182	0,6196
39. Mentiras	0,9238	0,8493	0,9844	0,2901	0,1538	0,4282	0,6069
40. Negação de problemas	0,8295	0,7302	0,9218	0,5541	0,4152	0,7000	0,6918
41. Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool)	0,7218	0,6119	0,8333	0,7319	0,6000	0,8572	0,7269
42. Promessas rompidas	0,8451	0,7546	0,9241	0,2653	0,1346	0,4000	0,5552
43. Racionalização	0,4610	0,3393	0,5833	0,4658	0,3256	0,6098	0,4634
44. Tristeza não resolvida	0,9232	0,8507	0,9833	0,2892	0,1591	0,4146	0,6062
45. Deterioração nos relacionamentos familiares	0,8617	0,7795	0,9429	0,3115	0,1852	0,4468	0,5866
46. Dinâmicas familiares perturbadas	0,8767	0,7847	0,9524	0,4666	0,3256	0,6159	0,6717
47. Função de papel alterada	0,7391	0,6226	0,8451	0,5122	0,3659	0,6596	0,6256
48. Falta de coesão	0,4778	0,3606	0,5970	0,8460	0,7317	0,9429	0,6619
49. Negação da família	0,3382	0,2264	0,4627	0,7329	0,5952	0,8627	0,5356
50. Papeis familiares interrompidos	0,6009	0,4713	0,7144	0,6459	0,4992	0,7887	0,6234
51. Problemas conjugais	0,8309	0,7368	0,9178	0,3781	0,2382	0,5217	0,6045

Tabela 10 – Valores de sensibilidade... (Cont.)

Características definidoras	Se	IC 95%		Sp	IC 95%		ROC
52. Problemas econômicos	0,7079	0,5970	0,8197	0,7340	0,6047	0,8604	0,7210
53. Relacionamentos familiares triangulados	0,7697	0,6667	0,8750	0,5787	0,4287	0,7174	0,6742
54. Rituais familiares interrompidos	0,7079	0,5942	0,8154	0,6451	0,5002	0,7709	0,6765
55. Sistemas de comunicação fechados	0,6768	0,5556	0,7907	0,6445	0,5017	0,7778	0,6607
56. Abandono	0,7542	0,6438	0,8525	0,6453	0,5100	0,7857	0,6998
57. Amor e piedade confusos	0,7393	0,6364	0,8387	0,3790	0,2326	0,5250	0,5591
58. Angústia	0,8924	0,8182	0,9623	0,2002	0,0883	0,3333	0,5463
59. Ansiedade	0,9371	0,8727	0,9855	0,2204	0,1064	0,3500	0,5787
60. Baixa autoestima crônica	0,9231	0,8592	0,9836	0,4448	0,3103	0,5959	0,6840
61. Confusão	0,9223	0,8490	0,9830	0,3102	0,1739	0,4444	0,6163
62. Constrangimento	0,9385	0,8696	0,9857	0,3781	0,2450	0,5236	0,6583
63. Culpa	0,8927	0,8116	0,9649	0,3564	0,2159	0,4880	0,6245
64. Depressão	0,8298	0,7288	0,9152	0,4878	0,3458	0,6428	0,6588
65. Desconfiança	0,6780	0,5625	0,7969	0,5796	0,4363	0,7222	0,6288
66. Desesperança	0,5382	0,4138	0,6667	0,7776	0,6538	0,8936	0,6579
67. Desvalorização	0,8470	0,7656	0,9265	0,6906	0,5480	0,8222	0,7688
68. Emoções reprimidas	0,8318	0,7361	0,9206	0,2015	0,0889	0,3334	0,5167
69. Falta de identidade	0,7988	0,6901	0,8983	0,7097	0,5653	0,8335	0,7543
70. Fracasso	0,8448	0,7500	0,9309	0,5316	0,3806	0,6667	0,6882
71. Frustração	0,8915	0,8117	0,9667	0,3769	0,2353	0,5117	0,6342
72. Hostilidade	0,8931	0,8032	0,9605	0,4903	0,3476	0,6458	0,6917
73. Infelicidade	0,8466	0,7463	0,9259	0,4675	0,3200	0,6250	0,6571
74. Insatisfação	0,8317	0,7414	0,9180	0,4460	0,2955	0,5858	0,6389
75. Insegurança	0,8916	0,8136	0,9572	0,5327	0,3902	0,6829	0,7122
76. Isolamento emocional	0,8319	0,7333	0,9157	0,2906	0,1554	0,4358	0,5613
77. Medo	0,8924	0,8132	0,9623	0,4226	0,2746	0,5714	0,6575
78. Perda	0,9388	0,8750	0,9857	0,1783	0,0732	0,2927	0,5586
79. Raiva	0,9678	0,9216	1,0000	0,2870	0,1600	0,4287	0,6274

Tabela 10 – Valores de sensibilidade... (Cont.)

Características definidoras	Se	IC 95%		Sp	IC 95%		ROC
80. Rejeição	0,8929	0,8126	0,9571	0,5790	0,4468	0,7248	0,7360
81. Incompreensão	0,7998	0,6936	0,8995	0,4444	0,3017	0,6000	0,6221
82. Ressentimento	0,7376	0,6268	0,8361	0,5768	0,4286	0,7297	0,6572
83. Sentimentos feridos	0,8922	0,8143	0,9591	0,3556	0,2093	0,5000	0,6239
84. Ser diferente das outras pessoas	0,6467	0,5302	0,7580	0,6900	0,5526	0,8190	0,6683
85. Solidão	0,9083	0,8286	0,9828	0,3567	0,2143	0,4889	0,6325
86. Temperamento lábil	0,6143	0,5000	0,7305	0,9100	0,8089	0,9791	0,7622
87. Tensão	0,9385	0,8655	0,9861	0,4670	0,3243	0,6196	0,7027
88. Vergonha	0,9539	0,8943	1,0000	0,3114	0,1878	0,4524	0,6327
89. Vulnerabilidade	0,9231	0,8594	0,9841	0,2669	0,1400	0,4035	0,5950

Os dados apresentados na Tabela 10 devem ser vistos de forma descritiva, considerando que o teste G^2 indicou que o conjunto total de características definidoras não apresentou ajustamento adequado para a determinação do diagnóstico de enfermagem em questão ($p < 0,001$). A Tabela 11 apresenta as medidas de acurácia estimadas por meio da análise de classe latente ajustada de características definidoras que, em conjunto, permitem classificar um alcoolista quanto a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais. Esta tabela foi gerada a partir do total de características definidoras avaliadas em todos os pacientes e permitiu encontrar um conjunto de oito características que apresentaram bom ajuste para a correta identificação do diagnóstico Processos familiares disfuncionais ($p = 0,542$). Observa-se que Abuso sexual apresentou maior valor de especificidade (0,9404), enquanto as demais mostraram maior sensibilidade. A área sob a curva ROC destas características variou de 0,5019 (Abuso sexual) a 0,8181 (Constrangimento). A prevalência do diagnóstico foi estimada em 84,27% ao se considerar estas oito características como base para o processo de inferência diagnóstica.

Tabela 11 - Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) das características definidoras relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classe latente ajustada. Vitória de Santo Antão, 2014

Característica definidora	Se	IC95%		Sp	IC95%		ROC
Abuso sexual	0,0733	0,0223	0,1327	0,9304	0,7500	1,0000	0,5019
Mentiras	0,8801	0,7998	0,9461	0,3980	0,1163	0,6881	0,6391
Angústia	0,9387	0,8785	0,9973	0,5963	0,3130	0,9999	0,7675
Ansiedade	0,9631	0,9127	1,0000	0,6114	0,3107	1,0000	0,7872
Confusão	0,9198	0,8535	0,9834	0,6684	0,3753	1,0000	0,7941
Constrangimento	0,9092	0,8351	0,9762	0,7271	0,4518	1,0000	0,8181
Perda	0,9185	0,8621	0,9736	0,2571	0,0000	0,5395	0,5878
Raiva	0,9186	0,8512	0,9746	0,4308	0,1692	0,7547	0,6747

$G^2 = 90,89$; gl = 93; valor $p = 0,542$

Prevalência estimada de Processos Familiares Disfuncionais: 84,27% (IC95%: 77,46% - 91,07%)

As Tabelas 12, 13 e 14 apresentam as medidas de acurácia estimadas por meio da análise de classe latente ajustada para os subconjuntos de características definidoras Comportamentais, de Papeis e relacionamentos, e de Sentimentos, conforme adotado pela NANDA-I.

Tabela 12 - Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) do grupo de características definidoras “Comportamentais” relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classe latente ajustada. Vitória de Santo Antão, 2014

Característica definidora	Se	IC95%	Sp	IC95%	ROC		
Abuso sexual	0,0396	0,0000	0,1043	0,8698	0,7109	0,9782	0,4547
Comunicação contraditória	0,7961	0,6699	0,9309	0,5165	0,3242	0,7658	0,6563
Dificuldade com relacionamentos íntimos	0,8584	0,7526	0,9666	0,4506	0,2618	0,6891	0,6545
Distúrbio no desempenho escolar em crianças	0,2487	0,1364	0,3770	0,9094	0,7729	1,0000	0,5791
Imaturidade	0,9250	0,7966	1,0000	0,6903	0,4568	1,0000	0,8076
Manipulação	0,6394	0,4937	0,8282	0,8662	0,6953	1,0000	0,7528
Mentiras	0,9244	0,8345	1,0000	0,3164	0,1621	0,5299	0,6204
Tristeza não resolvida	0,9195	0,8233	1,0000	0,3079	0,1394	0,5322	0,6137

$G^2 = 114,82$; $gl = 93$; valor $p = 0,062$
Prevalência estimada de Processos Familiares Disfuncionais: 63,44% (IC95%: 54,43% - 72,44%)

Dentre as características definidoras comportamentais, observa-se que Abuso sexual, Distúrbio no desempenho escolar em crianças e Manipulação apresentam alta especificidade, enquanto as demais características definidoras apresentaram maiores valores de sensibilidade. O fato de terem sido identificadas três entre oito características definidoras com maior especificidade pode ter influenciado numa estimativa menor da prevalência do diagnóstico de enfermagem em questão (63,44%). Nesta tabela foram identificadas outras seis características distintas daquelas apresentadas na tabela 11.

Tabela 13 - Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) do grupo de características definidoras “Papeis e Relacionamentos” relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classes latentes ajustada. Vitória de Santo Antão, 2014

Característica definidora	Se	IC95%	Sp	IC95%	ROC		
Deterioração nos relacionamentos familiares	0,9327	0,8476	1,0000	0,4312	0,2656	0,6161	0,6820
Dinâmicas familiares perturbadas	1,0000	0,9282	1,0000	0,6766	0,4565	0,9575	0,8383
Falta de coesão	0,4069	0,2821	0,5366	0,7508	0,5848	0,9000	0,5789
Papeis familiares interrompidos	0,6470	0,5159	0,7694	0,7303	0,5788	0,8974	0,6887
Problemas conjugais	0,7947	0,6832	0,9102	0,3317	0,1761	0,5010	0,5632
Problemas econômicos	0,7159	0,5862	0,8527	0,7682	0,6090	0,9394	0,7421
Rituais familiares interrompidos	0,7693	0,6290	0,9099	0,7585	0,6090	0,9425	0,7639

$G^2 = 104,58$; $gl = 95$; valor $p = 0,235$
Prevalência estimada de Processos Familiares Disfuncionais: 61,03% (IC95%: 51,91% - 70,14%)

Somente sete características definidoras do subconjunto de Papeis e relacionamentos apresentaram bom ajuste no modelo de classe latente. Destas, as características Papeis familiares interrompidos, Problemas econômicos e Rituais familiares interrompidos apresentaram valores estatisticamente significantes tanto de sensibilidade quanto de especificidade (Intervalo de confiança superior a 0,5). A característica Falta de Coesão apresentou significância estatística apenas para especificidade, enquanto que as demais

mostraram significância apenas para a sensibilidade. O número menor de características definidoras incluídas no modelo e mais o fato de metade das mesmas apresentarem valores mais altos para a especificidade pode explicar a menor prevalência estimada do diagnóstico (61,03%), quando comparada aos dados das duas tabelas anteriores.

Tabela 14 - Valores de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) das características definidoras “Sentimentos” relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais estimados por meio da análise de classe latente ajustada. Vitória de Santo Antão, 2014

Característica definidora	Se	IC95%		Sp	IC95%		ROC
Ansiedade	0,9840	0,9398	1,0000	0,3714	0,2165	0,5583	0,6777
Baixa autoestima crônica	0,9858	0,9304	1,0000	0,6949	0,5132	0,9129	0,8404
Confusão	0,9701	0,9170	1,0000	0,4862	0,3162	0,6922	0,7282
Constrangimento	0,9368	0,8717	0,9909	0,4711	0,3011	0,6735	0,7040
Insegurança	0,8951	0,8007	0,9696	0,6701	0,4974	0,8566	0,7826
Raiva	0,9582	0,9045	1,0000	0,3438	0,1925	0,5210	0,6510
Solidão	0,9063	0,8273	0,9732	0,4332	0,2618	0,6299	0,6697

$G^2 = 82,78$; $gl = 95$; valor $p = 0,810$
 Prevalência estimada de Processos Familiares Disfuncionais: 68,70% (IC95%: 60,03% - 77,36%)

As sete características definidoras do subconjunto denominado de Sentimentos que apresentaram bom ajuste no modelo de classe latente mostraram valores altos para sensibilidade (acima de 0,89). Apenas a característica Baixa autoestima crônica mostrou especificidade estatisticamente significante. Este subconjunto levou a uma estimativa da prevalência do diagnóstico de 68,70%, a maior entre os três subconjuntos de características definidoras, porém menor que a estimativa produzida pelo modelo de classe latente ajustado a partir do conjunto total de características definidoras.

5 DISCUSSÃO DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS

5.1 Caracterização da amostra

A amostra estudada foi, predominantemente, composta por alcoolistas do sexo masculino com média de idade de 43,98 anos (desvio padrão: 10,78). Estes achados corroboram estudo de Andrade *et al.* (2012), o qual evidenciou um perfil de pacientes alcoolistas do sexo masculino (96%), na faixa etária de 23-68 anos de idade, com média de 45,0 anos (desvio padrão: 10,2). Este perfil de pacientes do sexo masculino, na faixa etária entre 40 e 50 anos de idade, também foi encontrado em outros estudos com alcoolistas (SILVA *et al.*, 2013; MACHADO; COSTA JÚNIOR, 2012; SILVA *et al.*, 2012; PORTUGAL; CORRÊA; SIQUEIRA, 2010; ALVARES, 2013). Machado e Costa Júnior (2012) explicam que o fato da internação para tratamento de alcoolismo ser maior em pessoas com idade entre 41 e 50 anos é condizente com o estágio de manifestação dos sintomas crônicos apresentados pelos pacientes por vários anos.

Com relação ao estado civil, a maioria declarou ser solteira, com média de 2,59 (desvio padrão: 1,54) membros na família com que mora. O predomínio de pessoas solteiras também foi encontrado em estudo de Silva *et al.* (2013). Entretanto, nos estudos de Alvares (2013), Machado e Costa Júnior (2012) e de Portugal, Corrêa e Siqueira (2010), houve maior quantitativo de pacientes casados ou em união estável. Em relação ao número de moradores, pesquisa desenvolvida por Andrade *et al.* (2012) identificou maior proporção de 4 pessoas, enquanto nos resultados desta pesquisa encontrou-se uma média de 2,59 pessoas por família.

Verificou-se maior proporção de indivíduos com antecedentes familiares de alcoolismo. Lee *et al.* (2013) identificaram que pacientes com história familiar de alcoolismo começaram a beber em uma idade mais jovem, de modo descontrolado e apresentaram problemas de comportamento durante um estado de embriaguez em idades mais precoces do que os pacientes sem história familiar. A alta prevalência de antecedentes familiares de alcoolismo também foi evidenciada no estudo de Alvares (2013), que identificou a presença de histórico familiar de alcoolismo em 84% da amostra, com predominância do pai (48%).

Estudos apontam a transmissão genética como possível causa do alcoolismo (KAPOSOV *et al.*, 2005; DUBE *et al.*, 2002). Entretanto, deve-se considerar a questão da transgeracionalidade, que consiste na transmissão de padrões de relacionamentos familiares que se repetem de uma geração a outra, muitas vezes de modo inconsciente. Cada família traz consigo um mandato transgeracional cujo patrimônio ou legado compreende tanto elementos

positivos quanto negativos, quando este é carregado de conteúdos disfuncionais (PENSO; COSTA, 2008).

Alvares (2013) evidenciou, em seu estudo, uma amostra com 92% de alcoolistas que possuem crença religiosa, com 77,1% pertencentes à religião católica, semelhante aos resultados da pesquisa. Embora a maioria tenha declarado ser católica, Sanchez e Nappo (2007) afirmam que, apesar de a religião oficial no Brasil ser a católica, o indivíduo não é obrigado a realizar as suas práticas, no entanto, autodenomina-se católico, mesmo quando não pertence a nenhum grupo religioso ou é simpatizante de outros. Cada religião tem a sua opinião mais ou menos permissiva quanto ao consumo de substâncias psicoativas, assim, a função protetora da religião diante do consumo de substâncias está mais associado às religiões que, como as protestantes, oferecem uma visão menos permissiva dessa questão.

Quanto à escolaridade e situação ocupacional, o estudo evidenciou que os alcoolistas cursaram o ensino fundamental incompleto e possuíam emprego. Este perfil também foi evidenciado nas pesquisas de Alvares (2013) e de Silva *et al.* (2013). O ensino fundamental (completo ou incompleto) também foi o mais prevalente nos estudos de Machado e Costa Júnior (2012) e de Portugal, Corrêa e Siqueira (2010). Nas pesquisas de Andrade *et al.* (2012) e de Silva *et al.* (2012), os alcoolistas, em sua maioria, também exerciam alguma atividade laboral. Os resultados mostraram que os alcoolistas afirmaram já ter faltado ao trabalho por causa da bebida. Silva *et al.* (2013) também evidenciaram que o uso do álcool interfere no desempenho das atribuições e que o consumo descontrolado da substância foi citado como a causa de demissão do emprego.

A renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos foi a que apresentou maior proporção no estudo, semelhante à pesquisa de Silva *et al.* (2012), mas abaixo do perfil encontrado no estudo de Andrade *et al.* (2012), que foi maior na faixa de 1 a 5 salários mínimos e de Alvares (2013), de 3 a 4 salários mínimos. Ressalta-se que o estudo foi desenvolvido em uma instituição filantrópica, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim, é esperada uma renda familiar baixa de seus pacientes.

No que concerne ao uso de bebida alcoólica, houve a preferência pela cachaça, com frequência diária. A cachaça também foi a bebida mais consumida pelos participantes da pesquisa realizada por Portugal, Corrêa e Siqueira (2010). Os autores atribuem ao fato de ser uma bebida de baixo custo, haja vista o perfil destes pacientes ser de baixa escolaridade e baixa remuneração. Os resultados apontaram que os pacientes ingerem bebida alcoólica em média há 27,04 anos (desvio padrão: 10,57), o que indica que iniciaram precocemente seu consumo. De modo similar, entre os pacientes da pesquisa de Portugal, Corrêa e Siqueira

(2010), a experimentação do álcool deu-se, em média, com 15,91 anos (desvio padrão: 5,43) de idade.

Quanto à realização de tratamentos prévios, os resultados mostraram uma média de 2,75 internações anteriores (desvio padrão: 3,88). Alvares (2013) identificou que metade da amostra de seu estudo já havia realizado tratamento anterior para o alcoolismo e tinha sido hospitalizados. No estudo realizado por Silva *et al.* (2013), constatou-se que 39,1% dos pacientes não buscaram, anteriormente, nenhuma forma de atendimento para o problema do alcoolismo. Quanto à presença de comorbidades, apenas 46,4% relataram apresentar alguma alteração, quantitativo inferior ao apresentado em estudo de Portugal, Corrêa e Siqueira (2010), que correspondeu a 70,6%.

5.2 Análise da acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem

Processos familiares disfuncionais

5.2.1 Características definidoras comportamentais

Dentre as características definidoras comportamentais, o abuso sexual destacou-se com alto valor de especificidade, tanto na análise do conjunto de todas as características do diagnóstico, como subgrupo das características comportamentais isoladamente. Estudos na literatura apontam a relação entre abuso sexual e álcool, mas sem afirmar, categoricamente, uma relação de causa e efeito entre ambos. Habigzang, Ramos e Koller (2011), em pesquisa sobre abuso sexual em crianças e adolescentes, constataram que 40% dos agressores utilizavam álcool ou drogas e que pais (25%) e padrastos (22,5%) foram os principais agressores.

Um estudo qualitativo realizado com doze mulheres usuárias de drogas, das quais 75% também eram alcoolistas, apontou que o principal motivo para o vício foi o uso de drogas lícitas e ilícitas por uma ou mais pessoas do convívio diário, como os familiares. Metade delas sofreu abuso sexual e, na maioria dos casos de violência praticados no domicílio das entrevistadas, o agressor estava alcoolizado (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Pesquisa realizada por Vieira, Perdoná e Santos (2011), com o objetivo de identificar fatores associados à violência por parceiro íntimo, identificou uma prevalência de 34,5% de casos, em um total de 506 mulheres. O uso de álcool pela vítima aumentou em duas vezes sua chance de sofrer violência pelo parceiro e o uso de droga, em pelo menos três vezes. O risco de sofrer violência aumentou em 59% com o uso frequente de álcool pelo parceiro agressor e em quase seis vezes com o uso de drogas pelo mesmo.

Silva e Padilha (2013) afirmam que mais de 50% dos casos de espancamento de esposas têm relação direta com o consumo de álcool pelo agressor e que atos incestuosos e abusos sexuais contra crianças também foram comprovadamente realizados sob a influência do álcool.

A característica definidora Mentiras também apresentou significância estatística tanto na análise das características de modo global, como, especificamente, das comportamentais, com valor elevado de sensibilidade. Mostrou-se, ainda, como a terceira característica definidora mais presente nos alcoolistas. Silva *et al.* (2011) explicam que toda a família sofre descargas destrutivas decorrentes do alcoolismo, numa relação permeada por mentiras e insegurança, que contribuem para a desestabilização familiar.

A Manipulação apresentou-se uma característica definidora com alta especificidade. A literatura aponta a manipulação como uma característica definidora presente em usuários de álcool e substâncias psicoativas em geral, especialmente crack e outras drogas. Em geral, a manipulação é uma percepção do profissional de saúde. Vieira, Caldana e Corradi-Webster (2013) explicam que profissionais de saúde acreditam que há uma tendência dos pacientes rebelarem-se durante a internação e usar da manipulação para conseguir o que querem, inclusive manipular a família para trazer substâncias psicoativas. Chaves *et al.* (2011) afirmam que o usuário torna-se manipulador principalmente quando está em abstinência e que a mentira e a dissimulação foram as formas mais relatadas por eles. Os usuários reconhecem essa mudança na personalidade e que isso resulta em perda da confiança de muitas pessoas com quem convivem.

Para Corradi-Webster (2013), alcoólatra e manipulador é um rótulo estigmatizado. Estudo de Vargas *et al.* (2013) mostrou que os profissionais de saúde concebem o usuário como um indivíduo manipulador e sem limites e que isto pode estar relacionado ao déficit de conhecimento do profissional acerca do tema álcool e outras drogas, haja vista que a maioria relatou não ter formação específica na área.

A característica Distúrbio no desempenho escolar em crianças também apresentou alto valor de especificidade. Trindade e Costa (2012) explicam que o fracasso escolar, embora seja um sintoma relacionado a um dos membros da família, pode ser compreendido a partir de uma perspectiva sistêmica, pois é reflexo de dificuldades que a família apresenta no seu processo de desenvolvimento. Koch *et al.* (2011) afirmam que o alcoolismo acarreta repercussões negativas sobre os filhos, tais como dificuldades na fala, de aprendizagem e relacionamento, as quais podem perdurar durante a adolescência e toda a vida do indivíduo.

Comunicação contraditória, Dificuldade com relacionamentos íntimos, Imaturidade e Tristeza não resolvida foram características definidoras comportamentais com alto valor de sensibilidade. O processo de comunicação é o modo como os membros da família interagem. O diálogo é um mediador importante na coesão e fortalecimento de vínculos familiares, aumenta a capacidade de enfrentamento e adaptação e promove o equilíbrio da relação familiar (MONTEFUSCO *et al.*, 2009). Em decorrência do alcoolismo, o processo de comunicação efetivo entre os membros da família é comprometido. A comunicação contraditória pode decorrer das mentiras e manipulação, como já discutido, ou ainda pelo sentimento de ambivalência, vivenciado pelo dependente, especialmente na fase de reabilitação.

A Dificuldade com relacionamentos íntimos caracteriza-se pela fragilidade dos vínculos afetivos, decorrentes de constantes brigas, discussões e perda do respeito por parte dos familiares e da sociedade (KOCH *et al.*, 2011). No tocante à Imaturidade, esta consiste em um comportamento que seria mais apropriado a um estágio anterior do desenvolvimento (APA, 2010). Milivojevic *et al.* (2012) identificaram que a personalidade imatura foi observada com maior frequência em dependentes de opiáceos do que em alcoolistas ou indivíduos saudáveis.

A Tristeza não resolvida também foi uma característica definidora que mostrou alta sensibilidade para o diagnóstico de enfermagem em questão entre os alcoolistas. Este achado é corroborado por estudo de Esper *et al.* (2013), que constatou a tristeza como maior dano emocional em alcoolistas, com proporção de 79,2%. Em contrapartida, Marques e Mângia (2013) identificaram, em seu estudo, a tristeza não como consequente, mas como um fator que predispõe ao uso do álcool, haja vista que o consumo foi compreendido por alcoolistas como fonte de prazer, desinibição, descontração e alívio de sentimentos de raiva, medo ou tristeza.

5.2.2 Características definidoras de papéis e relacionamentos

A análise de classes latentes ajustada das características definidoras do diagnóstico em estudo, de modo global, não evidenciou a significância de nenhuma característica definidora de papéis e relacionamentos. Ao analisar apenas as características pertencentes a este grupo, Papéis familiares interrompidos, Problemas econômicos e Rituais familiares interrompidos apresentaram, simultaneamente, valores de sensibilidade e especificidade significativos. Falta de coesão apresentou elevada especificidade e as demais, alta sensibilidade.

O alcoolismo acarreta danos ao funcionamento da família, em que, muitas vezes, o dependente deixa de cumprir o seu papel no lar em função de sua doença. Neste contexto, Alchieri *et al.* (2013) explicam que a esposa do alcoolista torna-se o pilar de sustentação da família e assume o lugar de chefe da casa, nas diversas funções familiares. Soma-se a isso o seu papel de dona de casa, mãe e mulher, com sobrecarga de tarefas, estresse e desgaste nas relações familiares. Contudo, quando o alcoolismo é feminino, a dificuldade em cumprir os papéis sociais esperados da mulher, como o de mãe e dona de casa, foi encontrada em 33,3% dos casos, conforme estudo de Esper *et al.* (2013).

A literatura relata que não é apenas no âmbito familiar que o alcoolista deixa de cumprir o seu papel, geralmente também ocorrem interferências no trabalho, causando Problemas econômicos, que tornam a retroalimentar os problemas na família. Carvalho e Menandro (2012) explicam que a família que antes conhecia um pai ou marido trabalhador e provedor do lar passa a conviver com um dependente e desempregado. Isto gera um consumo cada vez mais abusivo de bebidas alcoólicas. Silva *et al.* (2011) afirmam que é comum os alcoolistas gastarem seus recursos materiais sem controle, para satisfazerem a sua dependência. O estado de embriaguez e a ressaca acarretam o absenteísmo do alcoolista no trabalho, devido à dificuldade em acordar cedo e falta de disposição, em função de seus aspectos físicos e sonolência. Esta situação pode levá-lo a chegar atrasado no horário de trabalho e/ ou perder o emprego e, assim, apresentar dificuldades financeiras. Alchieri *et al.*(2013) alertam que as dificuldades financeiras são uma constante na vida social de um alcoolista e este pode, conseqüentemente, por vezes, cometer certos delitos.

Outra característica definidora importante inclui os rituais familiares interrompidos, os quais podem gerar conseqüências negativas para os filhos, haja vista que estes tendem a perpetuar comportamentos saudáveis ou não, vivenciados no âmbito da família. Silva, Padilha e Araújo (2014) explicam que, quando os rituais familiares (como tradições, celebração de ocasiões especiais e até rotinas diárias) não sofrem alterações em decorrência do alcoolismo dos pais, os filhos, quando adultos, podem cultivar rituais familiares saudáveis quando constituírem suas próprias famílias.

A alta especificidade da característica Falta de coesão pode ser explicada por sua relação com a qualidade da comunicação e dos relacionamentos. O impacto do alcoolismo na família manifesta-se, principalmente, pela ruptura e desorganização das relações interpessoais, com prejuízo no desenvolvimento das pessoas e da qualidade de vida e saúde dos que convivem com o problema (SILVA *et al.*, 2011).

Sobre os valores elevados de sensibilidade das características definidoras Deterioração nos relacionamentos familiares e Dinâmicas familiares perturbadas, Silva *et al.* (2011) explicam que as atitudes do alcoolista implicam na perda do respeito mútuo tanto no espaço doméstico como social em geral, de modo a produzir um desgaste emocional e adoecimento familiar. O estudo de Esper *et al.* (2013) corrobora esta ideia ao apontar os conflitos familiares como os danos sociais mais frequentes (66,7%) entre alcoolistas. Além disso, observa-se uma inter-relação daquelas duas características definidoras, na qual Carvalho e Menandro (2012) afirmam que toda a dinâmica familiar é afetada em função do impacto causado pelo desequilíbrio financeiro, que favorece a inversão de papéis, quando a mulher é obrigada a buscar trabalho e deixa os afazeres domésticos e a guarda dos filhos sob a responsabilidade de outras pessoas.

Neste contexto, emergem os Problemas conjugais. Portugal, Correa e Siqueira (2010) identificaram os problemas conjugais como maior problema social em alcoolistas, com 18,1%. Não raro, problemas conjugais culminam em divórcio, entretanto, em muitos casos, a mulher experimenta sentimentos ambivalentes em relação ao marido alcoolista. Sobre isto, o estudo de Carvalho e Menandro (2012) evidenciou que as mulheres de alcoolistas referiram sua convivência como se descrevessem dois companheiros distintos: o sóbrio e o alcoolizado. O primeiro tratava-se do marido bom, amoroso e que participa das atividades do lar, enquanto o segundo representava o marido ruim, agressivo e gerador de conflitos.

5.2.3 Características definidoras de sentimentos

Os sentimentos de ansiedade, confusão, constrangimento, perda e raiva apresentaram alto valor de sensibilidade e mostraram-se significativos tanto na análise global de todas as características do diagnóstico em estudo, como na análise do grupo de características definidoras de sentimentos. A ansiedade mostrou-se presente em 16,7% de alcoolistas no estudo realizado por Esper *et al.* (2013), enquanto que os resultados mostraram que esta foi a característica definidora com maior proporção entre os alcoolistas. Cludius *et al.* (2013) explicam que embora os estudos sobre ansiedade e problemas relacionados ao álcool sejam inúmeros na literatura, a natureza desta relação ainda não está elucidada. Em seus achados, os autores concluíram que o álcool foi usado para reduzir a ansiedade mais frequentemente em situações em que o consumo de álcool é considerado socialmente aceitável.

Pacek *et al.* (2013), ao investigarem a comorbidade alcoolismo e distúrbios ansiosos, verificaram que em 65% dos casos os distúrbios ansiosos surgiram primeiro e o alcoolismo foi o diagnóstico primário nos outros 35%. O estudo identificou ainda, que os sintomas

ansiosos surgiram mais precocemente nos indivíduos que apresentavam o alcoolismo como comorbidade em detrimento àqueles que não eram alcoolistas. Os autores concluíram que se fazia necessário compreender os padrões de comorbidade e estabelecer a relação temporal entre eles, com vistas à realização de diagnóstico e intervenção precoce.

O sentimento de Confusão também foi relatado por mais de 80% dos alcoolistas. Rigoni *et al.* (2013) explicam que o álcool é uma droga que afeta todas as funções cerebrais, como comportamento, cognição e discernimento. As alterações cognitivas associadas ao consumo de álcool podem variar desde alterações leves às mais graves. Dentre os prejuízos cognitivos estão déficits de aprendizagem e memória, habilidades percepto-motoras, abstração, resolução de problemas e confusão. Tais aspectos influenciam a capacidade de resolver problemas e tomar decisões.

O Constrangimento é outro sentimento vivenciado pelo alcoolista. Koch *et al.* (2011) afirmam que o alcoolismo fragiliza as relações entre o alcoolista e sua família e resulta em perda e adoecimento de todos. Tal situação leva o indivíduo ao isolamento social, a fim de evitar constrangimentos. Silva *et al.* (2011) destacam também que os familiares de alcoolistas afastam-se das atividades sociais por receio de que o dependente possa provocar cenas vexatórias e, com isso, constranger a família.

A Raiva foi um sentimento identificado com uma das menores proporções nos alcoolistas. Gonçalves e Galera (2010) afirmam que os familiares precisam aprender a lidar com os inúmeros sentimentos negativos vivenciados no convívio com o alcoolista, tais como tristeza, fadiga, pena e raiva. Para Silva *et al.* (2011), a expressão de sentimentos dolorosos pelos alcoolistas, como a raiva, contribui para o alívio do sofrimento e oportuniza a discussão sobre esta experiência com quem está lhe ouvindo.

A Angústia e a Perda foram dois sentimentos que apresentaram alta sensibilidade na análise do conjunto de todas as características definidoras do diagnóstico. O contexto de mudanças habituais imposto pela presença do alcoolista no seio da família estabelece alterações nas rotinas de vida, acarreta sofrimento e angústia aos seus membros (ALCHIERI *et al.*, 2013). Estudo de Silva *et al.* (2011) identificou, a partir de relatos de familiares de alcoolistas, a presença de sentimentos de angústia, medo e desesperança, em virtude do convívio com o dependente. A Perda também é um sentimento constante na vida do alcoolista, quer seja a perda do emprego, do casamento, da família como um todo, dos amigos, de bens materiais, dentre outras perdas (KOCH *et al.*, 2011). Alvares (2013) explica que a reflexão sobre as perdas pode ser utilizada como estratégia para o enfrentamento na fase

de abandono do álcool e manutenção. O indivíduo deve refletir sobre as perdas resultantes do beber e os ganhos resultantes da abstinência.

A Baixa autoestima crônica foi uma característica definidora que mostrou valores elevados tanto de sensibilidade quanto de especificidade. Estudo de Esper *et al.* (2013) identificou a presença de sentimento de menos valia em 8,3% de alcoolistas, um valor muito inferior ao encontrado no presente estudo (77,3%). Tal aspecto pode estar relacionado ao fato da pesquisa realizada pelos autores ter sido com registros em prontuários de mulheres com transtornos relacionados ao álcool, diferentemente deste estudo, no qual predominaram homens. Por outro lado, Vargas e Soares (2013) afirmam que a visão do alcoolista sobre si mesmo revela apenas sentimentos negativos, como perdas, vulnerabilidades, fracasso e frustração que representam aspectos diretamente associados à baixa autoestima.

Insegurança e Solidão foram identificadas com alta sensibilidade apenas na análise do grupo de características definidoras de sentimentos. A insegurança é um sentimento vivenciado não apenas pelo alcoolista como também por sua família. Estudo de Silva *et al.* (2011) identificou que mulheres casadas com dependentes de álcool sentem-se ansiosas, inseguras e desmotivadas em relação ao comportamento de seu cônjuge. O alcoolismo tende a levar as pessoas a afastarem-se umas das outras. Neste contexto, emerge a solidão, apontada não apenas como uma consequência, mas também como causa, de modo que um problema retroalimenta o outro. Uma pessoa solitária tende a beber cada vez mais como meio de fugir da realidade e afastar a solidão (SENGER *et al.*, 2013).

6 CONCLUSÕES DA ANÁLISE DA ACURÁCIA DE INDICADORES CLÍNICOS

A análise da acurácia de indicadores clínicos possibilitou a avaliação de 89 características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais com alcoolistas. Por meio da análise de classe latente ajustada, foi possível identificar um grupo de características definidoras significantes que, em conjunto permitem identificar a presença do diagnóstico de modo mais fidedigno, são elas: Abuso sexual, Mentiras, Angústia, Ansiedade, Confusão, Constrangimento, Perda e Raiva. Abuso sexual mostrou alta especificidade e as demais alta sensibilidade. Destaca-se que Abuso sexual é uma característica definidora não constante na NANDA-I, mas incorporada pela análise de conceito e julgada adequada pelos especialistas, conforme mostrado nas etapas anteriores deste estudo.

A análise permitiu ainda a identificação de características definidoras significantes distribuídas por grupos de características definidoras comportamentais, de papéis e relacionamentos e de sentimentos. As comportamentais foram: Abuso sexual, Comunicação contraditória, Dificuldade com relacionamentos íntimos, Distúrbio no desempenho escolar em crianças, Imaturidade, Manipulação, Mentiras e Tristeza não resolvida. As de papéis e relacionamentos foram: Deterioração nos relacionamentos familiares, Dinâmicas familiares perturbadas, Falta de coesão, Papéis familiares interrompidos, Problemas conjugais, Problemas econômicos e Rituais familiares interrompidos. E as de sentimentos foram: Ansiedade, Baixa autoestima crônica, Confusão, Constrangimento, Insegurança, Raiva e Solidão.

A presença das características definidoras mais relevantes para a identificação do diagnóstico com os alcoolistas se faz necessária para uma avaliação inicial deste fenômeno. A partir de então, o enfermeiro pode buscar estabelecer um contato mais efetivo com os familiares destes pacientes, com vistas a explorar melhor a ocorrência do diagnóstico e estabelecer um tratamento efetivo.

Como limitação desta etapa do estudo, pode-se apontar o tamanho da amostra para uma análise de classe latente. Esta técnica, apesar de ser utilizada em estudos de testes diagnósticos quando não se dispõe de padrão de referência, não tem sido utilizada em pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem. Mesmo na área médica, o uso desta técnica se restringe a um número reduzido de testes diagnósticos, tipicamente três a cinco. O uso desta técnica para um número tão grande de indicadores levou à necessidade de construção de quatro modelos de classe latente para encontrar um número maior de características

definidoras que representassem adequadamente os processos familiares disfuncionais entre alcoolistas. Além disso, o fato do estudo ter sido realizado com alcoolistas internados em uma instituição hospitalar deve ser considerado ao se tentar extrapolar os resultados obtidos, sugerindo-se a realização de estudos futuros com um maior quantitativo de pacientes e em outros cenários de prática, com vistas a confrontar os achados com estes aqui apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objeto a revisão das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos Familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool. Esta revisão possibilitou uma reflexão crítica acerca das características definidoras que compõem o diagnóstico. A NANDA-I apresenta um total de 115 características definidoras, o que pode dificultar a sua identificação na prática clínica. Por meio da análise de conceito foi possível identificar indicadores com significado semelhantes, vagos ou que não se aplicam à população em estudo e, assim, houve uma redução para 91 características definidoras e a construção de definições conceituais e operacionais. As definições foram submetidas a especialistas, que excluíram duas características definidoras e sugeriram modificações em outras dezessete, com vistas a tornar as definições mais claras e precisas.

O conjunto de 89 características definidoras restantes foram analisadas com os alcoolistas e, por meio da análise de classe latente, foi possível identificar um grupo de oito características definidoras que, em conjunto, permitem uma identificação mais acurada do diagnóstico em estudo. Além disso, realizou-se a mesma análise por grupos de características definidoras (comportamentais, papéis e relacionamentos e sentimentos), que resultou em um total de 24 características definidoras significativas. Espera-se que este estudo possa auxiliar o enfermeiro na prática assistencial no processo de raciocínio diagnóstico, com base na análise da presença das características definidoras com maior sensibilidade (as quais aumentam a suspeita que um indivíduo tem o diagnóstico) e especificidade (as quais ajudam a confirmar o diagnóstico e descartar os falso-positivos).

Compreender e identificar como os Processos familiares disfuncionais ocorrem no contexto do alcoolismo possibilita ao enfermeiro subsídios para uma assistência integral ao alcoolista e sua família, por meio do planejamento e da implementação de intervenções de enfermagem voltadas à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. O alcoolismo é um importante problema de saúde pública, com dados epidemiológicos alarmantes, que afeta não apenas o indivíduo, mas a família e sociedade como um todo. Entretanto, trata-se de um problema ainda subestimado, que se tornou objeto de atenção das políticas públicas de saúde apenas na última década e que ainda é pouco explorado na enfermagem, evidenciado neste estudo pela baixa produção científica da enfermagem sobre o tema na análise de conceito e pelo número reduzido de especialistas na área de alcoolismo.

Estudos dessa natureza ainda são escassos na literatura de enfermagem, de modo a dificultar o estabelecimento do diagnóstico ou mesmo levar a sua identificação errônea, se o enfermeiro não dispor de subsídios para conhecer o diagnóstico de modo aprofundado. Pesquisas dessa natureza devem ser encorajadas, apesar das dificuldades enfrentadas pelo

pesquisador durante este processo, relatadas pela literatura e também enfrentadas no decorrer deste estudo: déficit de evidências científicas fortes que pudessem embasar uma análise de conceito de modo mais acurado; déficit de especialistas em termos quantitativos e qualitativos, sobretudo na área do diagnóstico aqui estudado; dificuldade no estabelecimento de parâmetros para a definição de quem pode ser considerado um especialista; ausência de padrão-ouro para a inferência do diagnóstico e de instrumentos confiáveis para a identificação de características definidoras. Os desafios inerentes a este tipo de estudo não devem ser enxergados como obstáculos à sua realização, de modo contrário, devem funcionar como combustível para o fortalecimento de uma base científica da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALCHIERI, C. C. *et al.* Percepções de alcoolistas residentes no meio rural sobre o alcoolismo: suas causas e consequências. **Revista de enfermagem**, v. 9, n. 9, p. 14-29, 2013.

ALMEIDA, M. A.; SEGANFREDO, D. H.; UNICOVSKY, M. R. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p.1059-1064, 2010.

ALVARES, A. A. Fatores que favorecem a abstinência no alcoolismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 5, n. 12, p.60-80, 2013.

ANDERSON, K. N.; ANDERSON, L. E. **Mosby: Dicionário de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2001.

ANDRADE, M. I. S. *et al.* Razão triglicérido/HDL-C como indicador de risco cardiovascular em alcoolistas crônicos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 4, p.267-275, 2012.

ANDRIS, D. A. *et al.* **Semiologia: bases para a prática assistencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BARE, B. G. *et al.* **Brunner – Tratado de enfermagem medico-cirúrgica**.12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRAGANÇA, S. *et al.* **Igualdade nas diferenças: os significados do “ser diferente” e suas repercussões na sociedade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 2007, Seção 1, p. 5.

_____. _____. Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 ago. 2006, Seção 1, p. 1.

_____. Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil**. São Paulo: CEBRID, 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 134, n. 201, p. 21082-21085, 10 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas: PEAD 2009-2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Portaria Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BARNETT, M. A. All in the family: resources and referrals for alcoholism. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 16, n. 10, p. 467-472, 2003.

BOTTI, N. C. L.; COSTA, B. T.; HENRIQUES, A. P. F. Composição e dinâmica das famílias de usuários de crack. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 3, n. 7, p. 93-110, jul./dez. 2011.

BURNETT, G. *et al.* Family unpredictability, parental alcoholism, and the development of parentification. **The American Journal of Family Therapy**, v. 34, n. 3, p. 181-189, 2006.

CARÍCIO, M. R. Estratégia Saúde da Família: proporcionando suporte familiar e social frente ao alcoolismo. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 47, 2009.

CARVALHO, E. C. *et al.* Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p.235-240, 2008.

CARVALHO, M. F. A. A.; MENANDRO, P. R. M. Expectativas manifestadas por esposas de alcoolistas em tratamento no centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 25, n. 4, p.492-500, out./dez., 2012.

CAVALCANTE, J. C. B. *et al.* Indicadores clínicos de padrão respiratório ineficaz em crianças com asma. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p.66-75, jan./mar. 2010.

CHAGAS, M. *et al.* O alcoolismo e o grupo de alcoólicos anônimos: o conhecimento de alcoolistas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 2, n.4-5, p.190-212, 2010.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 264-270, 2010.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 10, n. 2, p.513-520, abr./jun. 2008.

CHAVES, T. V. *et al.* Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.

CLUDIUS, B. *et al.* The motive to drink due to social anxiety and its relation to hazardous alcohol use. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 27, n. 3, p. 806-813, sep. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/downloads/RESOLUCAO3582009.doc>>. Acesso em: 02/12/2010.

CORRADI-WEBSTER, C. M. Consumo de drogas: considerações sobre a clínica no contexto do SUS. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 2, p. 14-20, 2013.

DALLO, L.; MARTINS, R. A. Uso de álcool entre adolescentes escolares: um estudo-piloto. **Paideia**, v. 21, n. 50, p. 329-334, set./dez. 2011.

DUBE, S. R. *et al.* Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 5, p. 713-725, 2002.

ENDERS, B. C.; BRITO, R. S.; MONTEIRO, A. I. Análise conceitual e pensamento crítico: uma relação complementar na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 295-305, 2004.

ESPER, L. H. *et al.* Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 93-101, 2013.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, St. Louis, v. 16, n.6, p.625-629, nov. 1987.

FERNANDES, M. G. M. *et al.* Análise conceitual: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.6, p.1150-1156, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FINFGELD, D. L. Self-resolution of alcohol problems as a process of investing and re-investing in self. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 13, n. 4, p. 212-220, aug. 1999.

FOWLER, T. L. Alcohol dependence and depression: Advance practice nurse interventions. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 18, n. 7, p. 303-308, jul. 2006.

FREIRES, I. A; GOMES, E. M. A. O Papel da Família na Prevenção ao uso de Substâncias Psicoativas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n. 1, p.94-104, 2012.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-6, 2006.

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

- GEQUELIN, J.; CARVALHO, M. C. N. Escola e comportamento anti-social. **Ciências & Cognição**, v. 11, p. 132-142, 2007.
- GONÇALVES, J. R. L.; GALERA, S. A. F. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. esp., p.543-549, maio/jun. 2010.
- GUIMARÃES, A. B. P. *et al.* Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 2, p. 69-74, 2009.
- HABIGZANG, L. F.; RAMOS, M. S.; KOLLER, S. H. A revelação de abuso sexual: as medidas tomadas pelas redes de apoio. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 467-473, 2011.
- HARRINGTON, C. M.; METZLER, A. E. Are adult children of dysfunctional families with alcoholism different from adult children of dysfunctional families without alcoholism? A look at committed, intimate relationships, **Journal of Counseling Psychology**, v. 44, n. 1, p. 102-107, 1997.
- HARTER, S. L.; VANECEK, R. J. Cognitive assumptions and long-term distress in survivors of childhood abuse, parental alcoholism, and dysfunctional family environments, **Cognitive therapy and research**, v. 24, n. 4, p. 445-472, 2000.
- HERDMAN, T. H. (Ed.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- HOSKINS, L. M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: CARROLL-JOHNSON, R.M. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnoses Association**. Philadelphia: JB Lippincott, 1989. p.126-31.
- JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- KAPOSOV, R. A. *et al.* Alcohol abuse in Russian delinquent adolescents: associations with comorbid psychopathology, personality and parenting. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 14, n. 5, p. 254-261, 2005.
- KOCH, R. F. *et al.* As relações familiares de usuários de álcool: uma revisão bibliográfica. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p.151-160, jan./jun. 2011.
- KNOTTNERUS, A.; BUNTINX, F. **The evidence base of clinical diagnosis**. Oxford: Blackwell Publishing, 2009.
- LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- LEE, S. *et al.* Association between alcoholism family history and alcohol screening scores among alcohol-dependent patients. **Clinical Psychopharmacology and Neuroscience**, v. 11, n. 2, p.89-95, 2013.

LIMA, D. D. *et al.* Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 167-172, 2010.

LIMA, H. P.; BRAGA, V. A. B.; GUBERT, F. A. Interface entre gênero e saúde mental no discurso de alcoolistas: estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 2, 2010.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOURENÇO, S. T. V.; FERNANDES, O. M. "O álcool entre nós": impacto do consumo de álcool no casal. **Revista CES Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 15-28, 2011.

MACHADO, R. M.; COSTA JÚNIOR, M. L. Alcoolismo na região centro-oeste de Minas Gerais: perfil sociodemográfico, clínico e distribuição geográfica. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)**, v. 8, n. 2, p.71-78,2012.

MARCHIORI, E. *et al.* Dependence, locus of control, parental bonding, and personality disorders: a study in alcoholics and controls, **Alcohol & alcoholism**, v. 34, n. 3, p. 396-401, 1999.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, L. M. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso por mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.433-444, abr./jun. 2013.

MATA, L. R. F; CARVALHO, E. C.; NAPOLEÃO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. esp., p. 36-44, 2011.

MAURINA, R. L. C. *et al.* Habilidades sociais e o abuso de drogas no contexto familiar. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n. 2, p. 715-722, 2012.

MEDEIROS, A. P. *et al.* "Quem assume a função do pai?": discussões sobre a separação conjugal. **Revista da SPAGESP**, v. 14, n. 1, p. 68-78, 2013.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

MELO, C. R. M.; PENSUTI, M.; BAPTISTON, D. D. **Compêndio de termos para enfermeiros, estudantes e profissionais da área de saúde**. Bauru, SP: Edusc, 2004.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista RENE**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.

- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, S. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 04, p.758-64, out./dez. 2008.
- MENEES, M. M., SEGRIN, C. The specificity of disrupted processes in families of adults children of alcoholics, **Alcohol & alcoholism**, v. 35, n. 4, p. 361-367, 2000.
- MILIVOJEVIC, D. *et al.* Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs. **The American Journal on Addictions**, v. 21, n. 5, p.462-467, sep./oct. 2012.
- MIRANDA, F. A. N., *et al.* O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 222-232, 2006.
- MONTEFUSCO, S. R. A. *et al.* Comunicação verbal prejudicada da família: evidenciando a necessidade de desenvolver um novo diagnóstico de enfermagem. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 8, n. 4, p.622-629, out./dez. 2009.
- MORAES, L. M. P. *et al.* Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 34-42, 2009.
- OHANNESSIAN, C. M. *et al.* Parental substance use and adolescent adjustment: a micro-level approach, **The prevention researcher**, v. 13, n. 4, p. 7-9, 2006.
- OLIVA, A. P. V.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de débito cardíaco diminuído: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p.193-197, jan./jun. 2002.
- PACEK, R. L. *et al.* Comorbid alcohol dependence and anxiety disorders: a national survey. **Journal of Dual Diagnosis**, v. 9, n. 4, p. 271-280, 2013.
- PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração.** Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999.
- PENA, A. P. S.; GONÇALVES, J. R. L. Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (SMAD)**, v. 6, n. 1, p. 1-13, 2010.
- PENSO, M. A.; COSTA, L. F. (orgs.). **A transmissão geracional em diferentes contextos.** São Paulo: Summus, 2008.
- POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

PORTO, C. C. (Ed.). **Exame clínico**: Porto & Porto. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PORTUGAL, F. B.; CORRÊA, A. P. M.; SIQUEIRA, M. M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2010.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

QU, Y.; TAN, M.; KUTNER, M. H. Random effects models in latent class analysis for evaluating accuracy of diagnostic tests. **Biometrics**, v. 52, p. 797-810, 1996.

RAFFERTY, P.; HARTLEY, P. Shame about the children: a legacy of distress for adults who have grown up with parental problem drinking and family disharmony? **Journal of Substance Use**, v. 11, n. 2, p. 115-127, 2006.

RALPH, S. S.; TAYLOR, C. M. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

REINALDO, A. M. S.; PILLON, S. C. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. esp., p. 529-534, 2008.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIGONI, M. S. *et al.* Alcoolismo e avaliação de funções executivas: uma revisão sistemática. **Psico**, v. 44, n. 1, p. 122-129, jan./mar. 2013.

ROBAZZI, M. L. C.C. *et al.* Cursos de mestrado acadêmico na área de enfermagem: análise da carga horária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 6, 8 telas, nov./ dez. 2012.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2nd. ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

RODRIGUES, P. F.; AMESTOY, S. C.; BRAZIL, C. M. O papel da família no tratamento do alcoolismo: a visão do paciente. **Revista Contexto & Saúde**, v. 6, n. 11, p. 55-62, jul./ dez. 2006.

ROSA, M. S. G.; TAVARES, C. M. M. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-554, 2008.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 1, p. 73-81, 2007.

SANTI, P. M. H. La familia funcional y disfuncional, um indicador de salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 13, n. 6, p. 591-591, 1997.

SANTOS, C S. M.; GANEM, K. M. G. A bebida alcoólica como “porta de entrada” para o uso de outras drogas psicoativas. **Revista saúde e pesquisa**, v. 6, n. 2, p. 305-313, maio/ago. 2013.

SANTOS, E. C. V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 194-199, 2009.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 8 telas, jan./ fev. 2011.

SENA, E. L. S. *et al.* Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 310-318, 2011.

SENGER, A. E. V. *et al.* Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SILVA, A. P. *et al.* Identificação do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em alcoolistas: um estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p.932-939, 2013.

SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L.; SANTIAGO, L. C. **Semiologia em enfermagem**. São Paulo: Roca, 2011.

SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L.; VIANA, D. L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde e principais legislações de enfermagem**. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Yendis, 2009.

SILVA, J. G. *et al.* Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos: estudo psicométrico em alcoolistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 199-205, 2012.

SILVA, L. H. P. *et al.* Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 585-590, 2010.

SILVA, P. A.; SILVA, M. R. S.; LUZ, G. S. Interações protetoras em famílias de alcoolistas: bases para o trabalho de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 20, n. 2, p. 191-196, 2012.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Cuidado tecnológico x ação tecnológica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p.140-148, jan./mar. 2011.

SILVA, S. E. D. *et al.* Alcoolismo e a produção científica da enfermagem brasileira: uma análise de 10 anos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p.276-284, 2011.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. O alcoolismo na história de vida de adolescentes: uma análise à luz das representações sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 576-584, jul./set. 2013.

- SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I.; ARAUJO, J. S. A interação do adolescente com o familiar alcoolista e sua influência para adicção do alcoolismo. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 8, n. 1, p. 59-69, jan. 2014.
- SIQUEIRA, M. M.; GARCIA, M. L. T.; SOUZA, R. S. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 2, p. 114-119, 2005.
- SON, J. Y.; CHOI, Y. J. The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 24, n. 1, p. 38-45, 2010.
- SOUZA, J. *et al.* Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 6, p.254-259, 2011.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- SUKHWAL, M; SUMAN, L. N. Spirituality, religiosity and alcohol related beliefs among college students. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 6, p. 66-70, 2013.
- TRINDADE, E. M. V.; COSTA, L. F. Considerações sobre a resiliência de adolescentes filhos de alcoolistas no contexto familiar. **Comunicação Ciências Saúde**, v. 24, n. 2, p. 179-188, 2012.
- VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1028-1034, 2010.
- VARGAS, D. *et al.* Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS ad) sobre o dependente químico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p.242-248, abr./jun. 2013.
- VARGAS, D.; SOARES, J. Publicações de enfermeiros sobre álcool e alcoolismo em anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 13, p.313-320, maio/jun. 2013.
- VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.
- VIEIRA, F. S; CALDANA, R. H. L.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Relatos de auxiliares de enfermagem psiquiátricos sobre suas práticas e sobre pessoas internadas por uso compulsivo de substâncias psicoativas. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 2, p. 139-148, 2013.
- WALKER, L.O.; AVANT, K.C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2011.
- WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID -10**, Genebra: WHO; 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#>>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. **Global status report on alcohol and health**. Genebra: WHO; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013.

WRIGHT, D. M.; HEPPNER, P. P. Examining the well-being of nonclinical college students: is knowledge of the presence of parental alcoholism useful? **Journal of Counseling Psychology**, v. 40, n. 3, p. 324-334, 1993.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

ZALESKI, M. *et al.* Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p.53-59, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Fortaleza, 15 de abril de 2013

Prezado Enfermeiro,

Meu nome é Suzana de Oliveira Mangueira, sou doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool”, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Solicitamos, por meio desta, a sua colaboração como especialista em linguagem diagnóstica. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação de características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais, bem como de suas definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais). Diante do instrumento de coleta de dados, o (a) Sr. (a) julgará a representatividade desses indicadores para o diagnóstico por meio de valores pré-estabelecidos.

Caso deseje participar, pedimos que responda o mais rápido possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Caso manifeste concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Caso opte pela correspondência convencional, solicitamos ainda que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para envio do material acima descrito.

Gostaríamos, se possível, que você indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Suzana de Oliveira Mangueira.

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESPECIALISTAS

Convido o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Suzana de Oliveira Mangueira. Endereço: Rua do Alto do Reservatório, S/N. Bela Vista. Vitória de Santo Antão- PE. Tel.: (81)3523-3351. E-mail: suzanaom@hotmail.com. A pesquisa está sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza- CE. Tel: (85) 3366- 8459. E-mail: marcos@ufc.br

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa, o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

◆ O objetivo geral da pesquisa é revisar o diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool. Sua participação consistirá no julgamento da adequação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais, bem como de suas referências empíricas (definições operacionais). O material respondido poderá ser devolvido via correio convencional ou eletrônico (e-mail).

◆ A pesquisa não oferece risco à sua integridade física. Entretanto, devido ao instrumento ser extenso e o seu preenchimento exigir de você um raciocínio complexo, a pesquisa lhe oferece risco de cansaço mental. Com vistas a minimizar este risco, será dado o prazo de um mês para que você possa responder o instrumento.

◆ A pesquisa oferece benefícios, por realizar a revisão do diagnóstico Processos familiares disfuncionais, o qual, devido a sua extensão e subjetividade, tem sua utilização na prática clínica, de ensino e de pesquisa dificultada. Assim, os especialistas que utilizam esse diagnóstico em sua prática poderão ter acesso ao seu conteúdo de forma mais clara e simplificada, em decorrência de sua revisão.

◆ A sua participação na pesquisa encerra após a devolução do material preenchido. O seu nome não será divulgado. Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização.

◆ O material oriundo da coleta de dados será armazenado em computadores e arquivos, por um período de cinco anos após a divulgação dos resultados, no Centro Acadêmico de Vitória/ UFPE, pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 0740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – E-mail: cepccs@ufpe.br).

Duzana de Oliveira Manguieira

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer penalidade a mim.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Assinatura:
Nome:	Assinatura:

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ESPECIALISTAS

APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Prezado Especialista,

Este trabalho intitula-se *Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool* e consiste em uma Tese de Doutorado, conforme se detalha no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na primeira etapa do estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura e análise de conceito do diagnóstico em questão. Nesta segunda etapa, será realizada a análise do conteúdo do diagnóstico pelos especialistas. Para tanto, contamos com a sua colaboração, na gentileza de responder o instrumento desta segunda etapa da pesquisa. O instrumento é dividido em duas partes:

1. Caracterização do Especialista.

2. Análise de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool.

Na segunda parte do instrumento, solicitamos que você analise as definições conceituais e operacionais de cada característica definidora.

Definição conceitual: se propõe a definir o conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por meio da análise de conceito.

Definição operacional (referência empírica): se propõe a definir como o conceito é mensurado. Reflete a expressão do fenômeno na realidade em que ocorre.

Após a leitura criteriosa de cada definição, solicitamos que você avalie cada uma com base nos seguintes critérios: relevância, clareza e precisão.

Relevância: refere-se à capacidade do item ser consistente com o atributo definido e com as outras expressões que se relacionam com o mesmo atributo.

Clareza: refere-se à capacidade do item ser inteligível, com frases curtas, expressões simples (expressam uma única ideia) e inequívocas.

Precisão: refere-se à capacidade do item de possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que se referem ao mesmo contínuo. Indica a sua exatidão.

Para cada critério, você deverá assinalar uma das opções:

0- Não adequado: a definição proposta é imprecisa, incompleta, insuficiente ou inapropriada para definir o indicador, quanto ao critério em análise, ou

1- Adequado: a definição proposta é apropriada, conveniente e correspondente ao indicador, quanto ao critério em análise.

Caso considere algum item como 0- Não adequado, utilize o espaço indicado para justificativa, sugestões de modificação ou exclusão, bem como outras considerações que julgar pertinentes.

Esta etapa é essencial para o desenvolvimento de nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição. Assim, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um **prazo de 30 dias**, para que seja possível a execução da próxima fase da pesquisa. A devolução do instrumento e TCLE preenchidos pode ser feita por meio eletrônico (e-mail) ou postal (Correios). Caso escolha o meio eletrônico, o TCLE deverá ser assinado e digitalizado. Caso escolha o meio postal, lhe enviaremos um envelope previamente selado e endereçado para resposta, conforme acordado anteriormente, na carta-convite.

Desde já, agradecemos a sua valiosa colaboração e nos dispomos para quaisquer esclarecimentos e/ ou dúvidas.

Doutoranda: Suzana de Oliveira Manguiera (suzanaom@hotmail.com)

Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes (marcos@ufc.br)

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade (anos completos): _____

Cidade em que trabalha: _____

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor

Área da Especialização: _____

Tema da Monografia de Especialização: _____

Área do Mestrado: _____

Tema da Dissertação de Mestrado: _____

Área do Doutorado: _____

Tema da Tese de Doutorado: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de formação profissional (anos completos): _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1, 2, 3 e 5):

1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Terminologias de Enfermagem* na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização

() Dissertação () Tese

() Artigos científicos () Outros _____

Se sim, qual (is) terminologia (s)? _____

2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Diagnóstico de Enfermagem Processos Familiares Disfuncionais* na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização

() Dissertação () Tese

() Artigos científicos () Outros _____

3. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Alcoolismo* na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização

() Dissertação () Tese

() Artigos científicos () Outros _____

4. Participa ou participou de grupos/ projetos de pesquisa que envolve/ envolveu a temática *Terminologias de Enfermagem*? () Sim () Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo? _____

Qual o local em que ocorre o grupo? _____

5. Participa ou participou de grupos/ projetos de pesquisa que envolve/ envolveu a temática *Alcoolismo*? () Sim () Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo? _____

Qual o local em que ocorre o grupo? _____

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

Hospital

Unidade Básica de Saúde

Instituição de Ensino

Outro _____

7. Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (assistência)?

Sim. Por quanto tempo? _____

Não

8. Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (ensino)?

Sim. Por quanto tempo? _____

Não

9. Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos com Síndrome da Dependência Alcoólica ou com o Diagnóstico de Enfermagem Processos Familiares Disfuncionais?

Sim Não

Se sim:

Pacientes com Síndrome da Dependência Alcoólica

Pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem Processos Familiares Disfuncionais

Pacientes com Síndrome da Dependência Alcoólica que possuem o Diagnóstico de Enfermagem Processos Familiares Disfuncionais

Em qual local: _____

Há quanto tempo: _____

10. Já identificou o diagnóstico de enfermagem *Processos familiares disfuncionais* em sua prática clínica?

Nunca Poucas vezes Frequentemente

11. No ensino, ministra/ ministrou disciplinas que envolvem a temática *Diagnóstico de enfermagem*? Sim Não

12. No ensino, ministra/ ministrou disciplinas que abordam a temática *Processos familiares disfuncionais*? Sim Não

13. No ensino, ministra/ ministrou disciplinas que envolvem a temática *Alcoolismo*? Sim Não

PARTE 2 – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS RELACIONADOS A ABUSO DE ÁLCOOL

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS COMPORTAMENTAIS	CRITÉRIOS			JUSTIFICATIVA, SUGESTÕES OU OUTRAS CONSIDERAÇÕES
	Relevância	Clareza	Precisão	
1. Abuso de drogas				
Definição Conceitual: Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde física ou psíquica.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de consumo de substância psicoativa (especificar) que é prejudicial à sua saúde física ou psíquica.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
2. Abuso verbal				
Definição Conceitual: Uso de palavras para causar danos (insultar, intimidar, ameaçar, envergonhar, humilhar, assediar, reprimir, difamar, acusar, culpar, controlar ou depreciar)a um membro da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ter feito uso de palavras para causar dano a um membro da família (especificar).	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
3. Abuso físico*				
Definição Conceitual: Uso da força física para causar danos (bater, espancar)a um membro da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ter feito uso da força física para causar dano a um membro da família (especificar).	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
4. Abuso sexual*				

Definição Conceitual: Crime de violência caracterizado pela participação forçada em carícias ou ato sexual.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ter cometido crime de violência caracterizado pela participação forçada em carícias ou ato sexual.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
5. Autocrítica muito rígida	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Processo de análise crítica de um indivíduo sobre seus próprios atos de modo severo, considerando principalmente os erros que possa ter cometido e suas perspectivas de correção e aprimoramento.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de analisar criticamente seus próprios atos de modo severo, considerando, principalmente, os erros que possa ter cometido e suas perspectivas de correção e aprimoramento.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
6. Busca de aprovação	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Esforço para obter a sensação de segurança derivada da aceitação do meio social, por meio do reconhecimento de seu valor e competência pelas pessoas com que se convive.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de esforço para obter a sensação de segurança derivada da aceitação do meio social, por meio do reconhecimento de seu valor e competência pelas pessoas com que convive.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
7. Caos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Estado de confusão e desordem no âmbito familiar.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de estado de	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

confusão e desordem no âmbito familiar.				
8. Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Entendimento inapropriado ou errôneo acerca do uso nocivo de substâncias.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Demonstração de entendimento inapropriado ou errôneo, quando questionado sobre: - O que você compreende por dependência? - Você acredita que é possível parar de beber quando quiser? - Você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo a dependência do álcool pode afetar as relações familiares e sociais em geral?	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
9. Comunicação contraditória	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens contrárias, que se anulam.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que se anulam.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
10. Comunicação paradoxal	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens contrárias, que coexistem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que coexistem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
11. Comunicação prejudicada	Relevância	Clareza	Precisão	

Definição Conceitual: Ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens de modo comprometido.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens de modo comprometido.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
12. Conflito crescente	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Relações familiares permeadas por embate, discussão ou desavença progressiva.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de que as relações em sua família são permeadas por embate, discussão ou desavença progressiva.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
13. Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Déficit de informações adquiridas pelo estudo ou pela experiência acerca dos problemas de saúde causados pelo abuso de substâncias e suas formas de prevenção e tratamento.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Apresentação de déficit de informações quando questionado sobre: - O que você compreende por dependência? - Você acredita que é possível parar de beber quando quiser? - Você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo a dependência do álcool pode afetar as relações familiares e sociais em geral?	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
14. Contato físico diminuído	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ato de tocar afetivamente o	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

membro da família, por meio de abraço ou aperto de mão, com frequência diminuída.				
Definição Operacional: Relato de tocar afetivamente o membro da família, por meio de abraço ou aperto de mão, com frequência diminuída.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
15. Controle da comunicação	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Fiscalização da emissão, transmissão ou recebimento de mensagens entre os membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de fiscalizar a emissão, transmissão ou recebimento de mensagens entre os membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
16. Críticas	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Realização de comentários sobre atitudes de membro da família no intuito de apontar erros, falhas ou pontos a serem melhorados.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de realizar comentários sobre atitudes de membro da família no intuito de apontar erros, falhas ou pontos a serem melhorados.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
17. Dependência	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Forma de comportamento que sugere a incapacidade de tomar decisões sozinho.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de incapacidade de tomar decisões sozinho.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
18. Dependência de nicotina	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Desejo psíquico intenso por uma substância (nicotina) que pode ou não estar	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

acompanhada por uma dependência fisiológica.				
Definição Operacional: Relato de desejo intenso pela nicotina, acompanhada ou não por uma dependência fisiológica.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
19. Dificuldade com relacionamentos íntimos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Dificuldade com relacionamentos de forte afeição entre os membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de dificuldade com relacionamentos de forte afeição entre os membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
20. Dificuldade para divertir-se	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Dificuldade para realizar atividades de lazer, recreação ou entretenimento.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de dificuldade para realizar atividades de lazer, recreação ou entretenimento.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
21. Distúrbios de concentração	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Dificuldade para manter a atenção em algo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de dificuldade para manter a atenção em algo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
22. Distúrbios no desempenho escolar em crianças	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Comprometimento da capacidade do aluno atingir os padrões estabelecidos pela escola.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de que os filhos ou crianças da família apresentam comprometimento da capacidade para atingir os padrões estabelecidos pela escola.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

23. Somatização	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Doenças ou queixas físicas causadas por estresse ou sofrimento psicológico.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ter doenças ou queixas físicas causadas por estresse ou sofrimento psicológico.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
24. Falta de confiabilidade	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ausência da capacidade de uma pessoa realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de não conseguir realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
25. Habilidades ineficazes para a resolução de problemas	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: As tentativas de resolução de problemas realizadas pelo indivíduo não produzem o efeito esperado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de que as tentativas de resolução de problemas que realiza não produzem o efeito esperado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
26. Imaturidade	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Distúrbio do processo de amadurecimento de uma pessoa, que se manifesta por perturbações decorrentes da permanência de um indivíduo em estágios anteriores de desenvolvimento intelectual, emocional, moral ou psicomotor.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de apresentar	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

distúrbio do processo de amadurecimento, manifestado por perturbações decorrentes da sua permanência em estágios anteriores de desenvolvimento intelectual, emocional, moral ou psicomotor.				
27. Incapacidade de aceitar ajuda	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para receber auxílio ou favor de outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de não ter habilidade para receber auxílio ou favor de outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
28. Incapacidade de aceitar sentimentos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para reconhecer a presença dos seus sentimentos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para reconhecer a presença dos seus sentimentos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
29. Incapacidade de adaptar-se a mudanças	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para adequar-se às alterações do meio em que vive.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para adequar-se às alterações do meio em que vive.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
30. Incapacidade de lidar com conflitos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para manejar as situações embaraçosas.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para manejar as situações embaraçosas.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
31. Incapacidade de expressar sentimentos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para exteriorizar uma vasta gama de sentimentos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para exteriorizar uma vasta gama de sentimentos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
32. Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para buscar estratégias adequadas para a resolução de crise emocional associada a um evento anterior.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para buscar estratégias adequadas para a resolução de crise emocional associada a um evento anterior.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
33. Incapacidade de receber ajuda de forma apropriada	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para aceitar auxílio de outrem de modo adequado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para aceitar auxílio de outrem de modo adequado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
34. Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para suprir a carência de proteção dos membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para suprir a carência de proteção dos membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
35. Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para satisfazer a carência afetiva dos membros da	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

família.				
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para satisfazer a carência afetiva dos membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
36. Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para satisfazer a carência relativa às crenças e religiosidade dos membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para satisfazer a carência relativa a crenças e religiosidade dos membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
37. Isolamento social	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Comportamento no qual o indivíduo deixa de participar de atividades em grupo, como trabalho e entretenimento.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ter deixado de participar de atividades em grupo, como trabalho e entretenimento.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
38. Luta por poder	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ato recorrente de dispor de força ou autoridade para a tomada de decisão.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ato recorrente de dispor de força ou autoridade para a tomada de decisão.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
39. Manipulação	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ato de controlar, mandar ou dominar uma pessoa em algum aspecto de sua vida e dirigir a sua conduta.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de controlar, mandar ou dominar uma pessoa da família em	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

algum aspecto de sua vida e dirigir sua conduta.				
40. Mentiras	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Apresentar como verdade aquilo que se sabe ser falso, com a intenção de enganar o outro.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de apresentar como verdade aquilo que sabe ser falso, com a intenção de enganar o outro.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
41. Negação de problemas	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Evitar ou não reconhecer o significado de um problema a fim de minimizar a ansiedade ou conflito.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de evitar ou não reconhecer o significado de um problema a fim de minimizar a ansiedade ou conflito	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
42. Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Busca de estratégias que minimizam as repercussões físicas e/ ou emocionais de uma situação sem a resolução clara do problema que gera a descarga emocional.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de busca de estratégias que minimizam as repercussões físicas e/ ou emocionais de uma situação sem a resolução clara do problema que gera a descarga emocional.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
43. Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool)	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Atitudes que levam à manutenção do hábito de ingestão de álcool em detrimento de outras necessidades habituais.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ter atitudes que	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

levam à manutenção do hábito de ingestão de álcool em detrimento de outras necessidades habituais.				
44. Promessas rompidas	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Não realização de algo que o indivíduo se comprometeu a fazer.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de não ter realizado algo que se comprometeu a fazer.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
45. Racionalização	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Criação de explicações altamente racionais para fatores emocionais e motivacionais, no intuito de justificar seus comportamentos e sentimentos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de criar explicações altamente racionais para fatores emocionais e motivacionais, no intuito de justificar seus comportamentos e sentimentos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
46. Tristeza não resolvida	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de desalento ou consternação persistente.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de desalento ou consternação persistente.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
PAPÉIS E RELACIONAMENTOS				
47. Deterioração nos relacionamentos familiares	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e o amadurecimento mútuos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato da capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e o	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

amadurecimento mútuos.				
48. Dinâmicas familiares perturbadas	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Comprometimento das rotinas diárias e celebrações especiais, que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de comprometimento das rotinas diárias e celebrações especiais, que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
49. Falta de coesão	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ausência de harmonia, concordância, união, nexos ou coerência nas relações familiares.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ausência de harmonia, concordância, união, nexos ou coerência nas relações familiares.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
50. Função de papel alterada	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Negligência de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (pai, mãe, filho, outros).	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de negligência de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (especificar).	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
51. Negação da família	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Família não reconhece o abuso de álcool por parte do paciente.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de que a família não reconhece o abuso de álcool por ele.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
52. Papeis familiares interrompidos	Relevância	Clareza	Precisão	

Definição Conceitual: Não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (pai, mãe, filho, outros).	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (especificar).	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
53. Problemas conjugais	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Dificuldades na convivência, relacionamento e intimidade entre o casal.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de dificuldades na convivência, relacionamento e intimidade entre ele e seu cônjuge.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
54. Problemas econômicos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Dificuldades relacionadas à captação ou administração dos recursos financeiros da família, que são insuficientes para suprir a demanda.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de dificuldades relacionadas à captação ou administração dos recursos financeiros da família, que são insuficientes para suprir a demanda.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
55. Relacionamentos familiares triangulados	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Envolvimento de uma terceira pessoa em uma relação de conflito, até então, diática.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de envolvimento de uma terceira pessoas em uma relação de conflito, até então, existente entre outras duas pessoas da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
56. Rituais familiares interrompidos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Interrupção das celebrações	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

especiais e rotinas diárias que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família.				
Definição Operacional: Relato de interrupção das celebrações especiais e rotinas diárias que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
57. Sistemas de comunicação fechados	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ausência de comunicação da família com o meio externo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ausência de comunicação da família com o meio externo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
SENTIMENTOS				
58. Abandono	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Estado ou condição de quem está abandonado, largado, desamparado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentir-se abandonado, largado, desamparado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
59. Amor e piedade confusos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Incapacidade de distinguir entre sentimento de amor ou compaixão por outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de incapacidade de diferenciar se sente amor ou compaixão por outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
60. Angústia	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sensação psíquica desagradável, quase sempre acompanhada de opressão precordial.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sensação psíquica desagradável, quase sempre acompanhada	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

de opressão precordial.				
61. Ansiedade	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Estado emocional caracterizado por sentimentos de desconforto, preocupação ou apreensão pela antecipação de um perigo cuja origem é desconhecida.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de estado emocional caracterizado por sentimentos de desconforto, preocupação ou apreensão pela antecipação de um perigo cuja origem é desconhecida.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
62. Baixa autoestima crônica	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Diminuição da valorização de si mesmo há longo tempo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de diminuição da valorização de si mesmo há longo tempo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
63. Confusão	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Impossibilidade de pensar com clareza.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de impossibilidade de pensar com clareza.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
64. Constrangimento	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento incômodo e desagradável de quem foi desrespeitado ou exposto a algo indesejável.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento incômodo e desagradável por ter sido desrespeitado ou exposto a algo indesejável.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
65. Culpa	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de ter feito algo errado, caracterizado por conflito interno de valores	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

abaixo de padrões estabelecidos para si mesmo.				
Definição Operacional: Relato de sentimento de ter feito algo errado, caracterizado por conflito interno de valores abaixo de padrões estabelecidos para si mesmo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
66. Depressão	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralisação da tomada de decisão.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralisação da tomada de decisão.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
67. Desconfiança	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de não acreditar em algo ou alguma coisa, colocar em dúvida um fato ou um ato.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de não acreditar em algo ou alguma coisa, colocar em dúvida um fato ou um ato.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
68. Desesperança	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
69. Desvalorização	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de perda de valor ou depreciação de si mesmo ou de outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de perda de valor ou depreciação de si mesmo ou de outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

70. Emoções reprimidas	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Incapacidade de exteriorizar sentimentos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de incapacidade de exteriorizar sentimentos.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
71. Falta de identidade	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Ausência da representação de si no ambiente que o envolve.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de ausência da representação de si no ambiente que o envolve.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
72. Fracasso	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de ruína, perda ou mau êxito.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de ruína, perda ou mau êxito.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
73. Frustração	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
74. Hostilidade	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento que representa um tipo de violência emocional e rivalidade, no intuito de prejudicar, agredir ou causar dano a outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento que representa um tipo de violência emocional e rivalidade, no intuito de prejudicar, agredir ou	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

causar dano a outrem.				
75. Infelicidade	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de insatisfação no meio em que vive, sentir-se desventurado, desafortunado, desgraçado, não realizado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de insatisfação no meio em que vive, sentir-se desventurado, desafortunado, desgraçado, não realizado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
76. Insatisfação	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de falta de contentamento ou desagrado em relação a algo específico.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta de contentamento ou desagrado em relação a algo específico.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
77. Insegurança	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de falta de confiança, estar em risco ou desprotegido.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta de confiança, estar em risco ou desprotegido.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
78. Isolamento emocional	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Distanciamento afetivo das pessoas com quem se convive sem, necessariamente, haver o distanciamento físico.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de distanciamento afetivo das pessoas com quem convive sem, necessariamente, haver o distanciamento físico.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
79. Medo	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sensação de preocupação ou	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

apreensão por um perigo externo conhecido e identificado.				
Definição Operacional: Relato de sensação de preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e identificado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
80. Perda	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento real ou percebido decorrente da ausência de um objeto, pessoa, parte ou função do corpo, bem como de uma emoção ou ideia que estava presente anteriormente.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento real ou percebido decorrente da ausência de um objeto, pessoa, parte ou função do corpo, bem como de uma emoção ou ideia que estava presente anteriormente.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
81. Raiva	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de fúria ou perda de controle.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de fúria ou perda de controle.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
82. Rejeição	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de não ser querido, não ser amado, não ser aceito, ser discriminado ou humilhado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de não ser querido, não ser amado, não ser aceito, ser discriminado ou humilhado.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
83. Incompreensão	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Incapacidade para entender ou compreender o significado de algo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

Definição Operacional: Relato de incapacidade para entender ou compreender o significado de algo.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
84. Ressentimento	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento persistente de desagrado, rancor ou mágoa de alguém.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento persistente de desagrado, rancor ou mágoa de alguém.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
85. Sentimentos feridos	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimentos de tristeza, mágoa, decepção, perda ou amargura em virtude de desilusão ou ofensa.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimentos de tristeza, mágoa, decepção, perda ou amargura em virtude de desilusão ou ofensa.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
86. Ser diferente das outras pessoas	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Não seguir os padrões aceitos pela sociedade.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de não seguir os padrões aceitos pela sociedade.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
87. Solidão	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Estado de quem se sente ou vive só.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentir-se ou viver sozinho.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
88. Temperamento lábil	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Reação emocional em que o estado de humor e/ou o caráter encontram-se instáveis.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

Definição Operacional: Relato de apresentar reação emocional em que o estado de humor e/ou o caráter encontram-se instáveis.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
89. Tensão	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de retesamento, de estar além do limite normal de uma emoção.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de retesamento, de estar além do limite normal de uma emoção.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
90. Vergonha	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Sentimento de desonra, humilhação ou rebaixamento diante de outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de sentimento de desonra, humilhação ou rebaixamento diante de outrem.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
91. Vulnerabilidade	Relevância	Clareza	Precisão	
Definição Conceitual: Condição de risco em quem uma pessoa se encontra.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	
Definição Operacional: Relato de estar em condição de risco, desprotegido ou indefeso.	()0 ()1	()0 ()1	()0 ()1	

* Características definidoras não constantes na NANDA-I, mas incorporadas pela Análise de Conceito.

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PACIENTES

Parte 1- Caracterização do participante

Nome: _____ Idade: _____

Data de admissão: __/__/____ Data de coleta: __/__/____ Sexo: ()M ()F

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Renda familiar: _____

Já faltou ao trabalho devido ao alcoolismo? ()Não ()Sim/ Frequência: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Bebe há quanto tempo? _____ Frequência: _____

Tipo de bebida: _____ Já bebeu outras substâncias que contém
álcool? () Não () Sim. Quais? _____

Diagnóstico médico de Alcoolismo Crônico/ SDA há quanto tempo? _____

Outros diagnósticos médicos/ problemas de saúde: _____

Internações anteriores para tratamento do alcoolismo? _____

Membros da família: _____

Antecedentes de alcoolismo na família: _____

Parte 2- Indique a presença ou ausência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool, com base nas definições operacionais a seguir.

Características definidoras comportamentais	S	N
1. Abuso de drogas		
2. Abuso verbal		
3. Abuso físico		
4. Abuso sexual		
5. Autocrítica muito rígida		
6. Busca de aprovação		
7. Caos		
8. Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias		
9. Comunicação contraditória		
10. Comunicação paradoxal		
11. Comunicação prejudicada		
12. Conflito crescente		
13. Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias		
14. Contato físico diminuído		
15. Controle da comunicação		
16. Crítica		
17. Dependência		
18. Dependência de nicotina		
19. Dificuldade com relacionamentos íntimos		
20. Dificuldade para divertir-se		
21. Distúrbios de concentração		
22. Distúrbios no desempenho escolar em crianças		
23. Somatização		
24. Falta de confiabilidade		
25. Habilidades ineficazes para a resolução de problemas		
26. Imaturidade		
27. Incapacidade de aceitar ajuda		
28. Incapacidade de aceitar sentimentos		
29. Incapacidade de adaptar-se a mudanças		
30. Incapacidade de lidar com conflitos		
31. Incapacidade de expressar sentimentos		
32. Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas		
33. Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família		
34. Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros		
35. Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros		
36. Isolamento social		
37. Luta por poder		
38. Manipulação		
39. Mentiras		
40. Negação de problemas		
41. Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool)		
42. Promessas rompidas		
43. Racionalização		
44. Tristeza não resolvida		
Características definidoras de papéis e relacionamentos		
45. Deterioração nos relacionamentos familiares		
46. Dinâmicas familiares perturbadas		
47. Função de papel alterada		

48. Falta de coesão		
49. Negação da família		
50. Papeis familiares interrompidos		
51. Problemas conjugais		
52. Problemas econômicos		
53. Relacionamentos familiares triangulados		
54. Rituais familiares interrompidos		
55. Sistemas de comunicação fechados		
Características definidoras de sentimentos		
56. Abandono		
57. Amor e piedade confusos		
58. Angústia		
59. Ansiedade		
60. Baixa autoestima crônica		
61. Confusão		
62. Constrangimento		
63. Culpa		
64. Depressão		
65. Desconfiança		
66. Desesperança		
67. Desvalorização		
68. Emoções reprimidas		
69. Falta de identidade		
70. Fracasso		
71. Frustração		
72. Hostilidade		
73. Infelicidade		
74. Insatisfação		
75. Insegurança		
76. Isolamento emocional		
77. Medo		
78. Perda		
79. Raiva		
80. Rejeição		
81. Incompreensão		
82. Ressentimento		
83. Sentimentos feridos		
84. Ser diferente das outras pessoas		
85. Solidão		
86. Temperamento lábil		
87. Tensão		
88. Vergonha		
89. Vulnerabilidade		

Definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS COMPORTAMENTAIS
1. Abuso de drogas
Definição Operacional: Relato de consumo de substância psicoativa (especificar substância, quantidade e frequência) que é prejudicial à sua saúde física, psíquica e/ou social.
2. Abuso verbal
Definição Operacional: Relato de ter feito uso de palavras para causar dano a um membro da família (especificar).
3. Abuso físico*
Definição Operacional: Relato de ter feito uso da força física para causar dano a um membro da família (especificar).
4. Abuso sexual*
Definição Operacional: Relato de ter cometido crime de violência caracterizado pela participação forçada em carícias ou ato sexual.
5. Autocrítica muito rígida
Definição Operacional: Relato de analisar criticamente seus próprios atos de modo severo, considerando, principalmente, os erros que possa ter cometido e suas perspectivas de correção e aprimoramento.
6. Busca de aprovação
Definição Operacional: Relato de esforço para obter a sensação de segurança derivada da aceitação do meio social, por meio do reconhecimento de seu valor e competência pelas pessoas com que convive.
7. Caos no âmbito familiar
Definição Operacional: Relato de estado de confusão e desordem no âmbito familiar.
8. Compreensão inadequada sobre o abuso de substâncias
Definição Operacional: Demonstração de entendimento inapropriado ou errôneo, quando questionado sobre: - O que você compreende por abuso de substâncias? - O que você compreende por dependência? - No caso do álcool, você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo o abuso do álcool e a sua dependência podem afetar as relações familiares e sociais em geral?
9. Comunicação contraditória
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que se anulam. Ex.: um membro da família fala algo e depois afirma o contrário, ou diz que não falou aquilo.
10. Comunicação paradoxal
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens contrárias, que coexistem. Comunica, ao mesmo tempo, dois conteúdos incompatíveis. Ocorre quando há choque de opiniões.Ex.: “Se você não largar esse vício, vou embora desta casa” e em seguida se preocupa em providenciar o jantar da pessoa que chegou tarde em casa, embriagado. Outro exemplo, quando o alcoolista afirma que nunca mais irá beber, pois

reconhece que é prejudicial, outrora sai para beber e afirma que não é dependente, que bebe apenas por diversão.
11. Comunicação prejudicada
Definição Operacional: Relato de emissão, transmissão ou recebimento de mensagens de modo inadequado. Ex.: discussão, não ouvir, não ter oportunidade para falar, não se sentir à vontade para falar, cada vez mais diminuem as conversas sobre os assuntos da família, a família limita-se a falar apenas o essencial, dentre outras formas de comunicação prejudicada.
12. Conflito crescente
Definição Operacional: Relato de que as relações em sua família são permeadas por embate, discussão ou desavença progressiva.
13. Conhecimentos deficientes sobre o abuso de substâncias
Definição Operacional: Apresentação de déficit de informações quando questionado sobre: <ul style="list-style-type: none"> - O que você compreende por abuso de substâncias? - O que você compreende por dependência? - No caso do álcool, você percebe que precisa de doses cada vez maiores de bebida, para ter o mesmo efeito de antes? - De que modo o abuso do álcool e a sua dependência podem afetar as relações familiares e sociais em geral?
14. Contato físico diminuído
Definição Operacional: Relato de tocar afetivamente o membro da família, por meio de abraço ou aperto de mão, com frequência diminuída.
15. Controle da comunicação
Definição Operacional: Relato de fiscalizar a emissão, transmissão ou recebimento de mensagens entre os membros da família.
16. Críticas
Definição Operacional: Relato de realizar comentários sobre atitudes de membro da família no intuito de apontar erros, falhas ou pontos a serem melhorados.
17. Dependência na tomada de decisões
Definição Operacional: Relato de incapacidade de tomar decisões sozinho.
18. Dependência de nicotina
Definição Operacional: Relato de desejo intenso pela nicotina, acompanhada ou não por uma dependência fisiológica.
19. Dificuldade com relacionamentos íntimos
Definição Operacional: Relato de dificuldade com relacionamentos de forte afeição entre os membros da família.
20. Dificuldade para divertir-se
Definição Operacional: Relato de dificuldade para realizar atividades de lazer, recreação ou entretenimento.
21. Distúrbios de concentração
Definição Operacional: Relato de dificuldade para manter a atenção em algo.
22. Distúrbios no desempenho escolar em crianças
Definição Operacional: Relato de que os filhos ou crianças da família apresentam comprometimento da capacidade para atingir os padrões estabelecidos pela escola.
23. Somatização

Definição Operacional: Relato de ter doenças ou queixas físicas causadas por estresse ou sofrimento psicológico.
24. Falta de confiabilidade
Definição Operacional: Relato de não conseguir realizar e manter seu funcionamento de forma adequada em circunstâncias de rotina ou inesperadas. Percepção de que as pessoas da família não confiam mais no dependente.
25. Habilidades ineficazes para a resolução de problemas
Definição Operacional: Relato de que as tentativas de resolução de problemas que realiza não produzem o efeito esperado.
26. Imaturidade
Definição Operacional: Relato de praticar atitudes não compatíveis com sua idade, manifestada por perturbações decorrentes da sua permanência em estágios anteriores de desenvolvimento intelectual, emocional, moral ou psicomotor.
27. Incapacidade de aceitar ajuda
Definição Operacional: Relato de não ter habilidade para receber auxílio ou favor de outrem.
28. Incapacidade de aceitar sentimentos
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para reconhecer a presença dos seus sentimentos, admitir a existência dos mesmos.
29. Incapacidade de adaptar-se a mudanças
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para adequar-se às alterações do meio em que vive.
30. Incapacidade de lidar com conflitos
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para manejar as situações embaraçosas.
31. Incapacidade de expressar sentimentos
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para falar sobre os seus sentimentos com outrem. Sentir a necessidade de desabafar e não conseguir.
32. Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para buscar estratégias adequadas para a resolução de crise emocional associada a um evento anterior.
33. Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para suprir a carência de proteção dos membros da família.
34. Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para satisfazer afetivamente os membros da família, de expressar à família o carinho e amor que sente por ela.
35. Incapacidade de suprir as necessidades espirituais de seus membros
Definição Operacional: Relato de falta de habilidade para satisfazer as demandas de ordem espiritual, crenças e religiosidade dos membros da família.
36. Isolamento social
Definição Operacional: Relato de ter deixado de participar de atividades em grupo, como trabalho e entretenimento.
37. Luta por poder
Definição Operacional: Relato de ato recorrente de dispor de força ou autoridade para a tomada

de decisão. Necessidade de comandar e ser obedecido no contexto familiar.
38. Manipulação
Definição Operacional: Relato de controlar, mandar ou dominar uma pessoa da família em algum aspecto de sua vida e dirigir sua conduta.
39. Mentiras
Definição Operacional: Relato de apresentar como verdade aquilo que sabe ser falso, com a intenção de enganar o outro.
40. Negação de problemas
Definição Operacional: Relato de evitar ou não reconhecer o significado de um problema a fim de minimizar a ansiedade ou conflito
41. Possibilidade de manter um padrão de ingestão de substâncias (álcool)
Definição Operacional: Relato de ter atitudes que levam à manutenção do hábito de ingestão de álcool em detrimento de outras necessidades habituais.
42. Promessas rompidas
Definição Operacional: Relato de não ter realizado algo que se comprometeu a fazer.
43. Racionalização
Definição Operacional: Relato de criar explicações altamente racionais para fatores emocionais e motivacionais, no intuito de justificar seus comportamentos e sentimentos.
44. Tristeza não resolvida
Definição Operacional: Relato de sentimento de desalento ou consternação persistente.
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE PAPEIS E RELACIONAMENTOS
45. Deterioração nos relacionamentos familiares
Definição Operacional: Relato da capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e o amadurecimento mútuos.
46. Dinâmicas familiares perturbadas
Definição Operacional: Relato de comprometimento das rotinas diárias e celebrações especiais, que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família.
47. Falta de coesão
Definição Operacional: Relato de ausência de harmonia, concordância, união, nexos ou coerência nas relações familiares.
48. Função de papel alterada
Definição Operacional: Relato de negligência de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (especificar), que leva outra pessoa da família a assumir um papel que não é o seu habitualmente.
49. Negação da família
Definição Operacional: Relato de que a família não reconhece o abuso de álcool por ele.
50. Papéis familiares interrompidos
Definição Operacional: Relato de não cumprimento de obrigações familiares condizentes com a sua posição dentro da família (especificar), as quais eram realizadas anteriormente.
51. Problemas conjugais
Definição Operacional: Relato de dificuldades na convivência, relacionamento e intimidade entre ele e seu cônjuge.

52. Problemas econômicos
Definição Operacional: Relato de dificuldades relacionadas à captação ou administração dos recursos financeiros da família, que são insuficientes para suprir a demanda.
53. Relacionamentos familiares triangulados
Definição Operacional: Relato de envolvimento de uma terceira pessoas em uma relação de conflito, até então, existente entre outras duas pessoas da família.
54. Rituais familiares interrompidos
Definição Operacional: Relato de interrupção das celebrações especiais e rotinas diárias que se constituem em experiências de socialização entre os membros da família.
55. Sistemas de comunicação fechados
Definição Operacional: Relato de ausência de comunicação da família com o meio externo.
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE SENTIMENTOS
56. Abandono
Definição Operacional: Relato de sentir-se abandonado, largado, desamparado.
57. Amor e piedade confusos
Definição Operacional: Relato de incapacidade de diferenciar se sente amor ou compaixão por outrem.
58. Angústia
Definição Operacional: Relato de sensação psíquica desagradável, quase sempre acompanhada de opressão precordial.
59. Ansiedade
Definição Operacional: Relato de estado emocional caracterizado por sentimentos de desconforto, preocupação ou apreensão pela antecipação de um perigo cuja origem é desconhecida.
60. Baixa autoestima crônica
Definição Operacional: Relato de diminuição da valorização de si mesmo há longo tempo.
61. Confusão
Definição Operacional: Relato de impossibilidade de pensar com clareza.
62. Constrangimento
Definição Operacional: Relato de sentimento incômodo e desagradável por ter sido desrespeitado ou exposto a algo indesejável.
63. Culpa
Definição Operacional: Relato de sentimento de ter feito algo errado, caracterizado por conflito interno de valores abaixo de padrões estabelecidos para si mesmo.
64. Depressão
Definição Operacional: Relato de estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralisação da tomada de decisão.
65. Desconfiança
Definição Operacional: Relato de sentimento de não acreditar em algo ou alguma coisa, colocar em dúvida um fato ou um ato.
66. Desesperança
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta ou perda de esperança, desânimo, desespero.

67. Desvalorização
Definição Operacional: Relato de sentimento de perda de valor ou depreciação de si mesmo ou de outrem.
68. Emoções reprimidas
Definição Operacional: Relato de incapacidade de exteriorizar sentimentos.
69. Falta de identidade
Definição Operacional: Relato de ausência da representação de si no ambiente que o envolve.
70. Fracasso
Definição Operacional: Relato de sentimento de ruína, perda ou mau êxito.
71. Frustração
Definição Operacional: Relato de sensação de decepção ou desapontamento por não conseguir atingir o objetivo desejado.
72. Hostilidade
Definição Operacional: Relato de sentimento que representa um tipo de violência emocional e rivalidade, no intuito de prejudicar, agredir ou causar dano a outrem.
73. Infelicidade
Definição Operacional: Relato de sentimento de insatisfação no meio em que vive, sentir-se desventurado, desafortunado, desgraçado, não realizado.
74. Insatisfação
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta de contentamento ou desagrado em relação a algo específico.
75. Insegurança
Definição Operacional: Relato de sentimento de falta de confiança, estar em risco ou desprotegido.
76. Isolamento emocional
Definição Operacional: Relato de distanciamento afetivo das pessoas com quem convive sem, necessariamente, haver o distanciamento físico.
77. Medo
Definição Operacional: Relato de sensação de preocupação ou apreensão por um perigo externo conhecido e identificado.
78. Perda
Definição Operacional: Relato de sentimento real ou percebido decorrente da ausência de um objeto, pessoa, parte ou função do corpo, bem como de uma emoção ou ideia que estava presente anteriormente.
79. Raiva
Definição Operacional: Relato de sentimento de fúria ou perda de controle.
80. Rejeição
Definição Operacional: Relato de sentimento de não ser querido, não ser amado, não ser aceito, ser discriminado ou humilhado.
81. Incompreensão
Definição Operacional: Relato de incapacidade para entender ou compreender o significado de algo.

82. Ressentimento
Definição Operacional: Relato de sentimento persistente de desagrado, rancor ou mágoa de alguém.
83. Sentimentos feridos
Definição Operacional: Relato de sentimentos de tristeza, mágoa, decepção, perda ou amargura em virtude de desilusão ou ofensa.
84. Ser diferente das outras pessoas
Definição Operacional: Relato de não se identificar com os padrões aceitos pela sociedade.
85. Solidão
Definição Operacional: Relato de sentir-se ou viver sozinho.
86. Temperamento lábil
Definição Operacional: Relato de apresentar reação emocional em que o estado de humor e/ou o caráter encontram-se instáveis.
87. Tensão
Definição Operacional: Relato de sentimento de retesamento, de estar além do limite normal de uma emoção.
88. Vergonha
Definição Operacional: Relato de sentimento de desonra, humilhação ou rebaixamento diante de outrem.
89. Vulnerabilidade
Definição Operacional: Relato de estar em condição de risco, desprotegido ou indefeso.

APÊNDICE F



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTES

Convido o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Suzana de Oliveira Mangueira. Endereço: Rua do Alto do Reservatório, S/N. Bela Vista. Vitória de Santo Antão- PE. Tel.: (81)3523-3351. E-mail: suzanaom@hotmail.com. A pesquisa está sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza- CE. Tel: (85) 3366- 8459. E-mail: marcos@ufc.br

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa, o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

♦ O objetivo geral da pesquisa é revisar o diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista, com perguntas sobre seus dados de identificação e sobre as características dos processos disfuncionais causados pelo alcoolismo em sua família.

♦ A pesquisa não oferece risco à sua integridade física. Pode haver risco mínimo de constrangimento em responder alguns dos questionamentos.

♦ A pesquisa oferece benefícios, pois espera-se que os resultados desta pesquisa possa auxiliar enfermeiros na compreensão e identificação correta dos processos familiares disfuncionais em alcoolistas, de modo a direcionar o cuidado para esta problemática.

♦ A sua participação na pesquisa encerra após a entrevista. O (a) senhor (a) terá acesso à mesma, caso a solicite. O (a) senhor (a) será esclarecido quanto a possíveis dúvidas que venham ocorrer. O seu nome não será divulgado. Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização, inclusive da assistência prestada a você nesta instituição.

♦ O material oriundo da coleta de dados será armazenado em computadores e arquivos, por um período de cinco anos após a divulgação dos resultados, no Centro Acadêmico de Vitória/ UFPE, pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 0740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – E-mail: cepccs@ufpe.br).

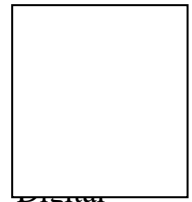
Duzena de Oliveira Manguieira

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/
CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo
“Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais
relacionados a abuso de álcool”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e
esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela
envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha
participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer
momento, sem que isto traga qualquer penalidade a mim.

Local e data _____



Nome e Assinatura do participante ou responsável: _____

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e
aceite do sujeito em participar.**

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Assinatura:
Nome:	Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS RELACIONADOS A ABUSO DE ALCOOL

Pesquisador: Suzana de Oliveira Mangueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10151112.7.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 165.084

Data da Relatoria: 05/12/2012

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de doutorado em Enfermagem - UFCE

Pesquisadora: Professora Suzana de Oliveira Mangueira

Orientador: Professor Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Professor Associado I da Universidade Federal do Ceará)

APAMI - Instituição onde será realizada a pesquisa. Vitória de Santo Antão, PE.

Desenho metodológico - Trata-se de um estudo de validação de diagnóstico de enfermagem segundo o modelo proposto por Lopes, Silva e Araujo (2012) que apresentam três etapas a serem seguidas para estudar a acurácia de indicadores clínicos baseado na teoria de testes diagnósticos: análise de conceito, análise de conteúdo - realizada por especialistas - e análise da acurácia de indicadores clínicos.

Local da pesquisa: APAMI, Vitória de Santo Antão, Pernambuco

Amostra: 664 sujeitos sendo 310 pacientes, 310 familiares e 44 especialistas.

Critério de Inclusão para especialistas:

- 1 - Com experiência clínica - ser enfermeiro com especialização na área e no mínimo dois anos de experiência na prática clínica ou ser enfermeiro com prática clínica na área nos últimos cinco anos;
- 2 - Com conhecimento teórico - ser enfermeiro com titulação mínima de mestre na temática de diagnóstico de enfermagem e/ou alcoolismo, ter artigo publicado sobre diagnóstico de enfermagem e/ou alcoolismo e desenvolver pesquisa/ participar de grupo de pesquisa sobre terminologias de enfermagem.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Critérios de inclusão dos pacientes e seus familiares:

1 - Pacientes que apresentarem o diagnóstico médico de síndrome da dependência alcoólica confirmado, com idade superior a 18 anos e clinicamente estável

2 - Familiares: Membros da família indicados pelos alcoolistas e que possam comparecer ao serviço em horário preestabelecido

Critério de Exclusão para especialistas: devolverem o instrumento preenchido incorretamente

Critério de exclusão para pacientes: alcoolizados no momento da coleta, com déficit cognitivo, desorientado no tempo e espaço ou com alteração no nível de consciência

Critério de exclusão para familiares: alguma impossibilidade (física ou cognitiva) de participar da pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

Geral: revisar o diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool.

Específicos: Identificar atributos e conseqüentes do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool propostos pela NANDA-I e evidenciados na literatura; Verificar a adequação dos componentes (definição e características definidoras) do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool; - Verificar a simplicidade, a clareza, a relevância e a precisão das referências empíricas das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares

disfuncionais relacionados a abuso de álcool; Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool com portadores de síndrome da dependência alcoólica; Avaliar as medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool com portadores de síndrome da dependência alcoólica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

1 - Especialistas - Devido ao instrumento ser extenso e o seu preenchimento exigir raciocínio complexo, a pesquisa oferece risco de cansaço mental.

2 - Pacientes e familiares: Os questionamentos acerca das relações familiares no contexto do

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

alcoolismo oferece risco de constrangimento

Benefícios:

1 - Especialistas: A revisão do diagnóstico Processos familiares 1 - disfuncionais favorecera o acesso dos profissionais ao seu conteúdo de forma mais clara e simplificada;

2 - Pacientes e familiares: Compreensão dos processos disfuncionais sofridos pela família em decorrência do abuso de álcool. Suporte (por parte dos profissionais de enfermagem) no sentido de minimizar as consequências negativas deste fenômeno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem fundamentada com desdobramentos importantes visto que podera "possibilitar uma melhor identificação do diagnóstico na prática clínica, de modo a subsidiar a assistência de enfermagem junto a portadores de Síndrome da Dependência Alcoólica e seus familiares".

Bibliografia atualizada;

Desenho metodológico bem descrito e adequado aos objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - para especialistas, pacientes e familiares dos pacientes - utilização de termo técnico não acessível aos pacientes e seus familiares;

Carta de anuência da instituição onde será realizada a coleta de dados - ok

Recomendações:

Substituir, no TCLE dos pacientes e familiares o termo "processos disfuncionais";

Acrescentar, no TCLE, que, caso seja necessário, os participantes poderão procurar a pesquisadora responsável pelo estudo (consta apenas a referência ao Comitê).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

ANEXO B

CARTA DE ANUÊNCIA

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DA
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos - Conselho Nacional de Assistência Social-
C.N.A.S, Utilidade Pública Federal - Decreto de 6/11/86 D.O.U 7/11/86, Utilidade
Pública Estadual - Lei nº6001 de 9/67, Utilidade Pública Municipal -Lei nº 91de 28/8/35-
Decreto 38/82-A

Rua Dr. José Augusto, nº 645, Bairro Matriz, Vitória de Santo Antão - PE - C.E.P 55.612-510 PABX
0xx 81 3523-8200 - FAX 81 3523-8204 - E.mail apami@globo.com.

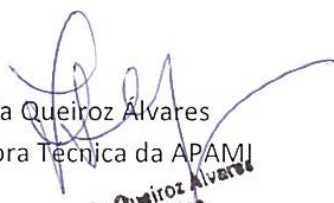
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **SUZANA DE OLIVEIRA LOPES**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS RELACIONADOS A ABUSO DE ÁLCOOL**, que esta sob a orientação do Professor, Marcos Vinícios de Oliveira Lopes, cujo objetivo é Revisar os componentes de diagnóstico de enfermagem processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool, nesta instituição.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e matérias coletados, exclusivamente para fins da pesquisa.

Vitória de Santo Antão, em 19 de Outubro de 2012.

Isla Queiroz Álvares
Diretora Técnica da APAMI


Isla Queiroz Álvares
Médica
CRM 8601