UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FERNANDA MOTA ROCHA

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO
ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA PARA
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM (EAFA-e)**

São Paulo

2012

Fernanda Mota Rocha

**Validação da Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao
alcoolismo e ao alcoolista para estudantes de enfermagem
(EAFA-e).**

Dissertação inserida na linha de pesquisa- Uso e abuso de álcool e drogas apresentado no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre em Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rocha, Fernanda Mota

Validação da Escala de Atitudes frente ao Álcool, alcoolismo e ao alcoolista para estudantes de enfermagem (EAFA-e) . / Fernanda Mota Rocha. – São Paulo, 2012.

82 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof. Dr. Divane de Vargas

1. Atitudes do pessoal de saúde 2. Estudantes (enfermagem) 3. Álcool 4. Acoolismo 5. Testes psicológicos 6. Psicometria

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: FERNANDA MOTA ROCHA

Título: VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM (EAFA-e).

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. Divane de Vargas

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof.^a Dr.^a Lúcia Pereira Barroso

Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais e padrinhos, por estarem sempre ao meu lado e por serem exemplos de vida tão valiosos. Dedicarei a vocês todas as minhas vitórias.

Agradecimentos

A Deus sempre e por tudo.

Ao Prof. Dr. Divane de Vargas que não se limita a orientar, é especial por seu carinho e atenção. Agradeço a acolhida há quatro anos e toda a confiança que deposita em mim.

A Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira que também me acompanhou nesta caminhada e me ensina desde a graduação, exemplo de mestre.

Aos professores que foram bons exemplos e fonte de inspiração, inclusive minha mãe.

Aos colegas do GEAD pela troca de tantas informações, pelo apoio e trabalho juntos. Em especial a Marina por dividir comigo conhecimentos além do científico.

Ao Tche por estar ao meu lado, compreender minhas necessidades, me ajudar sempre e me fazer mais feliz.

Ao meu irmão Rafael pela convivência diária, por estar comigo nos momentos difíceis e de alegria e pela certeza de uma parceria eterna.

Aos meus amigos que fazem de mim uma pessoa melhor e entendem minha ausência. Em especial à Talita por tantas trocas de plantão.

Rocha FM. Validação da Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista para estudantes de enfermagem (EAFA-e). [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Trata-se este de um estudo exploratório de abordagem psicométrica que realizou a validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (AEFAAA), entre estudantes de enfermagem, e originou o instrumento EAFA-e. Para a coleta dos dados, aplicou-se a AEFAAA original, composta por 54 itens alocados em 2 fatores em uma amostra de 212 estudantes de enfermagem de uma Universidade pública da cidade de São Paulo. A validação de construto foi realizada por meio de análise fatorial exploratória e pela verificação da confiabilidade testada pelo alfa de Cronbach. Os resultados obtidos indicaram a permanência de 25 itens do total dos 54 que, inicialmente, compunham a escala. Destes, 11 itens (44%) compõem o fator 1 “O alcoolista e o cuidado” e 14 itens (56%) o fator 2 “A etiologia, as repercussões do alcoolismo e o relacionamento com o alcoolista”. A confiabilidade observada na EAFA-e estimada pelo alfa de Cronbach foi de 0,83 para a escala na íntegra, 0,80 para o Fator 1 e 0,81 para o Fator 2, o que aponta que o instrumento apresenta índices aceitáveis de consistência interna. Baseando-se nos parâmetros psicométricos evidenciados, conclui-se que a EAFA-e é um instrumento útil e capaz de mensurar os principais grupos de atitudes (moral, doença, etiológico e profissional) entre estudantes de enfermagem frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, com comprovada confiabilidade.

Palavras-chave: Atitudes do pessoal de saúde, Estudantes de enfermagem; Álcool, Alcoolismo; Testes psicológicos; Psicometria.

Rocha FM. Validation of the Scale of Attitudes towards Alcohol, Alcoholism and the Alcoholic for Nursing students (EAFA-e). [Dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

In this exploratory study with a psychometric approach, the construct validation of the Scale of Attitudes towards Alcohol, Alcoholism and the Alcoholic (AEFAAA) was performed among nursing students, resulting in the instrument EAFA-e. For data collection, the original AEFAAA, comprising 54 items allocated in 2 factors, was applied to a sample of 212 nursing students at a public university in São Paulo City. Construct validation was determined through exploratory factor analysis and reliability, using Cronbach's alfa. The obtained results indicated that 25 of the original 54 items continued, 11 (44%) of which in factor 1 "The alcoholic and care" and 14 (56%) in factor 2 "Etiology, repercussions of alcoholism and relationship with the alcoholic". The reliability observed in the EAFA-e, estimated through Cronbach's alfa, corresponded to 0.83 for the complete scale, 0.80 for Factor 1 and 0.81 for Factor 2, with acceptable internal consistency levels. In conclusion, based on the psychometric parameters that were evidenced, the EAFA-e is a useful instrument that can measure the main attitude groups (moral, disease, etiologic and professional) among nursing students towards alcohol, alcoholism and the alcoholic, with proven reliability.

Keywords: Health staff attitudes; nursing students; alcohol; alcoholism; psychological tests; psychometrics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos estudantes de acordo com a idade e ano da graduação, São Paulo - 2009 a 2011	47
Tabela 2 - Distribuição dos estudantes de acordo com as variáveis referentes ao preparo na temática de substâncias psicoativas, São Paulo – 2009 a 2011	48
Tabela 3 - Distribuição dos estudantes de acordo com as variáveis referentes à experiência pessoal/profissional com alcoolistas., São Paulo- 2009 a 2011	49
Tabela 4 - Relação dos itens com comunalidade < 0,25, resultantes da Análise Fatorial	51
Tabela 5 - Descrição dos itens no Fator 1 “O alcoolista e o cuidado”, com sua cargas fatorial e comunalidade	52
Tabela 6 - Descrição dos itens no Fator 2 “Etiologia e repercussões do alcoolismo e o relacionamento com o alcoolista”, com suas cargas fatoriais e comunalidade	53
Tabela 7 - Alfa de Cronbach calculado separadamente por fator e na escala na íntegra	54
Tabela 8 - Alfa de Cronbach ao eliminar item da escala	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ÁLCOOL E O ALCOOLISMO	12
1.2	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	16
1.3	ATITUDES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM FRENTE AO ÁLCOOL, O ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA - REVISÃO DA LITERATURA.	19
1.4	A ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA – EAFAAA	25
2	OBJETIVO	29
3	APORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	31
3.1	ATITUDE	31
3.2	ESCALAS DE ATITUDE	33
3.3	VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO	35
4	MATERIAL E MÉTODO	38
4.1	MÉTODO	38
4.1.1	Sobre o modelo teórico de validação de construto da EAFAAA	40
4.2	MATERIAL	42
4.2.1	Locais de estudo	42
4.2.2	Sujeitos do estudo	43
4.2.3	Instrumentos de coleta	43
4.2.4	Aspectos éticos da pesquisa	44
4.2.5	Procedimentos para análise dos dados	44
5	RESULTADOS	47
5.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	47
5.2	VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA	50
6	DISCUSSÃO	57
6.1	PERFIL DA AMOSTRA	57
6.2	VALIDAÇÃO DA EAFA-e	59
7	CONCLUSÕES	68
	REFERÊNCIAS	70
	ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ÁLCOOL E O ALCOOLISMO

A relação do homem com as drogas é conhecida desde os tempos mais remotos, e o fato de elas estarem presentes em todas as culturas revela sua importância (Vargas, 2005). A presença contínua das drogas no repertório humano não envolve somente medicina e ciência, mas também magia, religião, cultura, festa e deleite (Junior, 2001). Apesar disso, somente no século XVIII a problemática recebeu maior atenção por parte da medicina, quando Benjamin Rush a concebeu como enfermidade (Vargas, 2005).

Após a Convenção Internacional do Ópio, em 1913, treze países elaboraram o primeiro documento internacional para controle de drogas, principalmente morfina e heroína. Os países europeus não reconheceram o referido documento e mantiveram o comércio dessas substâncias - que anunciavam lucros às bolsas de valores -, além de protegerem os laboratórios produtores, exemplo de que a disseminação das drogas nem sempre está relacionada a traficantes (Junior, 2001).

Frente aos problemas relacionados com o uso abusivo de álcool e drogas, a sociedade busca respostas e soluções. O surgimento das organizações de ajuda mútua, o Movimento de Temperança e a Lei Seca, com suas repercussões desastrosas, marcaram o século XIX e o início do século XX nos EUA. Ao mesmo tempo, cientistas, filósofos, religiosos e artistas buscavam o conhecimento sobre o sistema nervoso e o funcionamento da mente (Junior, 2001; Alves, 2009).

A associação entre uso de drogas e infecção pelo HIV marcou o final do século XX e provocou uma revolução nas políticas de saúde pública. Considerar inevitável um nível de consumo de drogas pela sociedade se

reflete em uma política que tem como objetivo primário a redução das consequências adversas desse consumo (Junior 2001; Alves, 2009).

Masur (1978) e Sonnenreich (1976) avaliam o uso milenar de bebidas alcoólicas e formulam hipóteses sobre por que o álcool é a droga de eleição, à qual outros psicotrópicos vêm se sobrepor, mas não substituir. Concluem que as características gerais do álcool - como disponibilidade, armazenamento, custo, fornecimento calórico, efeitos farmacológicos e caráter simbólico - são elementos essenciais para a perpetuação do consumo que aparentemente se fortalece a cada século. Para Masur (1978), pelo sistema competitivo inerente à maior parte das estruturas sociais conhecidas e pelos valores por elas promovidos, fica claro que os efeitos do álcool vêm ao encontro das necessidades psicológicas de grande parte dos indivíduos que nelas se inserem.

Segundo Masur (1978) e Edwards (2005), o caráter simbólico do álcool é decisivo na perpetuação de seu uso, desde a noção de que ele é substância divina, estabelecida da mitologia grega ao catolicismo, até como identificação. Beber junto cria laços, promove ligações, faz com que as pessoas se sintam mais próximas, portanto, menos temíveis.

Problemas oriundos do uso abusivo, assim como os padrões de consumo de bebidas alcoólicas, variam conforme a cultura, dentro de cada cultura ao longo do tempo, conforme o país, as camadas sociais, o gênero, a faixa etária, as normas sociais vigentes e o subgrupo social considerado (Meloni, Laranjeira, 2004; Babor et al, 2003). Também é bastante variável o risco associado aos diversos padrões de consumo, sendo que o peso de problemas sociais e de saúde recai não apenas sobre aqueles que bebem excessivamente (Meloni, Laranjeira, 2004; Brasil, 2004).

As correlações fisiopatológicas entre ingestão de álcool e desenvolvimento de problemas de saúde estão bem estabelecidas no nível individual, mas não são claras quando se trata de efeitos benéficos e patogênicos do álcool, e a dificuldade é ainda maior quando se pensam em níveis populacionais (Meloni, Laranjeira, 2004; Babor et al, 2003).

Os malefícios gerados pelo consumo de álcool também são sentidos na esfera social, chamada de “dimensão esquecida”, entre outras razões,

pela inexistência de padrões métricos pareáveis com dados de saúde, pela insuficiente sistematização internacional de dados sociais comparativos e também em face da limitação das fontes de informação já existentes, cuja captação de dados não permite estudos estruturados (Meloni, Laranjeira 2004).

As categorias de problemas sociais relacionados ao álcool incluem: vandalismo; desordem pública; problemas familiares - como conflitos conjugais e divórcio; abuso de menores; problemas interpessoais, financeiros, ocupacionais que não os de saúde ocupacional; dificuldades educacionais; e custos sociais (Meloni, Laranjeira, 2004; Laranjeira, Hinkly, 2002).

Métodos epidemiológicos revelam dados referentes ao volume médio e padrões de consumo que podem ser correlacionados a diversas categorias de problemas de saúde, como: baixo peso ao nascimento, câncer bucal e orofaríngeo, câncer esofágico, câncer hepático, depressão unipolar e outras desordens psiquiátricas relacionadas ao consumo do álcool, epilepsia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, doença cerebrovascular, diabetes, cirrose hepática, acidentes com veículos e máquinas automotoras, quedas, intoxicações, danos autoinfligidos e homicídios (Rehn et al., 2003).

Estudo (Casswell, Thamarangsi, 2009) aponta a necessidade de uma resposta global e nacional para as questões relacionadas ao álcool, e, para que se concretizem, são mencionadas algumas condições facilitadoras, como o conhecimento tanto dos danos consequentes do consumo como das evidências de custo/efetividade de intervenções instituídas em outros países e também da forma como a indústria trabalha para se favorecer. Convoca ainda as organizações não governamentais a serem agentes transformadores, pelo uso de pressão e com exigência de mudanças.

No Brasil, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas reconhece a dependência e o uso abusivo de substâncias psicoativas como um problema de saúde pública e enfatiza o caminho promissor da abordagem da redução de danos, afirmando que a abstinência não pode ser o único objetivo almejado. Ressalta que a mudança não deve ser meramente comportamental, a

abordagem da redução de danos deve ser clínico-política e se concretizar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social (Brasil, 2004).

A fim de viabilizar essa proposta política, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) é o serviço que atende à população que faz uso problemático de álcool e de outras drogas, e respeita uma área de abrangência definida, oferece atividades terapêuticas e preventivas à comunidade e tem objetivo de prestar atendimento diário aos usuários dos serviços dentro da lógica de redução de danos. Em 2006, eram 138 as CAPS ad no Brasil; em 2011, o número aumentou para 272, e foram implantados neste ano 5 CAPSad III, um novo componente da Rede de Atenção Psicossocial destinado ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, que funciona durante 24 horas nos sete dias da semana (Brasil, 2012).

O Consultório de Rua (CR) nasce como uma estratégia para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de adesão ao tratamento. Por meio do trabalho no território, visa a acolher e ofertar cuidados básicos de saúde; ofertar/motivar para tratamento de agravos relacionados ao consumo de drogas; orientar sobre direitos e políticas públicas em geral e mediar o acesso a estas políticas (Brasil, 2012). Para tratamento de agravos relacionados ao uso abusivo de drogas por período restrito, é estimulada a disponibilização de leitos em hospitais gerais e ainda há os hospitais psiquiátricos, que tem tido seu número de leitos reduzidos ao longo dos anos.

No ano de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a Publicação da Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, para pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas e/ou da ambiência (espaço interrelacional do sujeito com o local, as pessoas e coisas) no âmbito do SUS (Brasil, 2012).

Para que a mudança de paradigma proposta pela política nacional não seja somente ideológica, mas ocorra de fato na prática, os profissionais de saúde devem estar capacitados, inclusive no que diz respeito à cidadania, a fim de que não ocorra reprodução de atitudes ultrapassadas, pelas quais são julgadas pelo valor moral e não atendidas em suas necessidades as pessoas que fazem uso abusivo de drogas.

A existência de uma rede estruturada para o atendimento de pacientes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, com diversos serviços de saúde especializados ou não, é um indício do inevitável contato entre esses pacientes e enfermeiros e graduandos de enfermagem; sendo assim, espera-se que estes estudantes estejam preparados para identificar e atender essa clientela de forma condizente com os preceitos éticos, políticos e científicos. Para tanto, é necessário conhecer as atitudes desses futuros profissionais.

1.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A Organização Mundial de Saúde caracterizou o padrão de consumo em cada nação do globo terrestre, a fim de calcular o peso global dos danos relacionados ao consumo de álcool. A Europa ocidental, de forma geral, ostenta padrões de consumo de menor risco. Grã-Bretanha, China, Austrália, América do Norte e Oriente Médio compõem, juntamente com a Argentina (única representante da América Latina), um grupo cujo padrão situa-se numa faixa intermediária ou de baixo risco. Na grande maioria dos países remanescentes, entre estes o Brasil, verificou-se a vigência de padrões de consumo com elevado grau de risco. Os dados mostram que o padrão de consumo se reflete nas taxas de morbimortalidade atribuível ao consumo do álcool em razão diretamente proporcional ao grau de risco associado a ele (Meloni, Laranjeira, 2004; OMS, 2003).

Relatório sobre a saúde no mundo feito em 2002 considera que se deve atribuir ao álcool 4% da carga de morbidade. Para a população

masculina, 5,6% de todas as mortes que ocorrem no planeta são atribuíveis ao consumo de álcool, bem como 0,6% das mortes ocorridas entre as mulheres. Conclui que o álcool determina 3,2% de todas as mortes no mundo (OMS, 2001).

O álcool é o principal risco para a saúde nos países em desenvolvimento de baixa mortalidade e ocupa o terceiro lugar entre os riscos para a saúde nos países desenvolvidos. Na Região das Américas, é o principal fator de risco entre os 27 avaliados na carga de morbidade (OMS, 2001).

O II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, envolveu a população com idade entre 12 e 65 anos das 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes. Encontrou que 12,3% da população do País são dependentes do álcool, 10,1%, do tabaco e 1,2%, da maconha. Além disso, mostra que 74,6% da população estudada já consumiram álcool na vida (Carlini et al., 2006).

Com objetivo de medir a prevalência de fatores de riscos e proteção para doenças não transmissíveis da população brasileira e de subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, é realizada anualmente, desde 2006, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGETEL), em parceria com o Ministério da Saúde e o Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). A população do estudo foi composta por adultos (idade igual ou maior a 18 anos) residentes em domicílios com telefones fixos nas 26 capitais brasileiras e no distrito federal (Brasil, 2011).

A prevalência encontrada do consumo abusivo de álcool - cinco doses ou mais para homens e quatro doses ou mais para mulheres - foi de 17%, mostrando uma redução de 1% quando comparada com o ano de 2010. O tabagismo se reduziu na população geral e entre homens, quando comparada com anos anteriores; o fumo pesado (mais de 20 cigarros por dia) também se reduziu na população masculina (Brasil, 2011).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em estudo que envolveu as 24 maiores cidades do estado de

São Paulo, encontrou que 9,4% da população eram dependentes de álcool; este dado se torna mais agravante quando comparado com estudo realizado dois anos antes, em que a porcentagem de dependentes no estado era de 6,6%, mostrando-se aumento estatisticamente significativo (Laranjeira, 2007).

Os dados epidemiológicos citados acima são justificados por levantamentos em serviços de saúde que mostram um grande percentual de alcoolistas ocupando leitos nas enfermarias de clínica cirúrgica e clínica médica para tratamento de doenças físicas (Noto et al., 2002; Lucca, Vargas, 2006). Na atenção básica, uma parcela significativa, que chega a atingir 40% da população que procura atendimento anualmente, apresenta problemas relacionados ao uso e abuso de bebidas alcoólicas (Vargas, Oliveira, Araujo, 2009; Lock et al, 2002).

Diante destes fatos, supõe-se que os enfermeiros devem estar preparados para reconhecer e atender às necessidades dessa população que tem demandas específicas, uma vez que estão constantemente prestando assistência a essa clientela, quer seja pela dependência de substâncias psicoativas em si ou pelas complicações por elas originadas (Vargas, Labate, 2006). Fato que, por conseguinte, afeta também os estudantes de enfermagem por desenvolverem sua formação em cenários de prática em que o problema das dependências está presente.

Apesar da presença constante dessa população em serviços de saúde, alunos e enfermeiros têm dificuldades para abordar e manejar o paciente dependente de substâncias psicoativas, o que prejudica a assistência (Vargas, 2005; Navarrete, Luis, 2004; Carraro, Rassool, Luis, 2005; Pillon, 2005).

As dificuldades sentidas pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem na prestação de cuidados aos clientes com problemas relacionados ao álcool e drogas têm sido claramente identificadas na literatura (Navarrete, Luis, 2004; Carraro, Rassool, Luis, 2005; Lopes, Luis, 2005; Pillon, 1998). Apesar disso, poucos estudos sobre esta questão são realizados no Brasil, e o problema continua com pouca ou nenhuma evidência de melhora.

Ao analisar os raros estudos realizados com estudantes de enfermagem no Brasil, constata-se que o alcoolismo está dentre as patologias mais rejeitadas pelos alunos, e as atitudes e representações desses sujeitos frente ao alcoolismo e ao alcoolista não são diferentes daquelas encontradas no senso comum (Navarrete, Luis, 2004; Carraro, Rassool, Luis, 2005; Lopes, Luis 2005; Pillon, 2005; Pillon, 1998). Uma razão que poderia explicar esses resultados, segundo os mesmos autores, seria a própria formação, que não tem oferecido informações e treinamentos suficientes sobre dependências, de um modo geral. Este fato pode contribuir para o aumento do preconceito, do estereótipo negativo e do sentimento de inadequação em lidar com esse problema e levar o aluno a rejeitar o alcoolismo, apresentando atitudes negativas frente ao alcoolista.

1.3 ATITUDES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM FRENTE AO ÁLCOOL, O ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA - REVISÃO DA LITERATURA.

Estudos que investigam a questão da formação dos estudantes de enfermagem no campo das substâncias psicoativas têm evidenciado que a maioria destes se depara com pessoas que sofrem com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, em diversas especialidades durante sua formação, de modo que é possível que esses estudantes reproduzam as atitudes dos enfermeiros, as quais têm sido apontadas pelos estudiosos do assunto (Vargas, Luis, 2008; Vargas, 2005; Pillon, 2005) como negativas e permeadas pela conotação moral do problema. Este fenômeno não está bem claro, pelo fato de que é relativamente escassa a literatura científica nacional que busca identificar as percepções e atitudes de estudantes de enfermagem frente ao paciente que faz uso/abuso de substâncias psicoativas. Mais evidentes são estudos estrangeiros, surgidos na década de 60, cujo objetivo é avaliar atitudes e conhecimentos dos

estudantes de enfermagem antes e após treinamento específico (Vargas, 2005).

Ferneau e Morton (1967) avaliaram a visão dos estudantes de enfermagem frente o alcoolismo antes e após 12 semanas de estágio em unidade psiquiátrica de um hospital geral. Encontraram atitudes mais positivas após o estágio, o alcoolismo foi reconhecido como doença e o alcoolista, como inocente. No entanto, Chordorkoff (1969) observou que um treinamento breve não foi efetivo para mudar atitudes nem conhecimento dos futuros enfermeiros.

Nos anos 70, Gurel (1976) comparou dois grupos de estudantes de enfermagem quanto a atitudes frente ao alcoolismo, sendo que somente um dos grupos havia recebido treinamento formal sobre o tema durante dois meses. O resultado mostrou que as atitudes de ambos os grupos eram semelhantes, porém o que recebeu o treinamento apresentava uma média de conhecimento significativamente maior.

Harlow e Goby (1980) compararam um grupo de estudantes que haviam feito estágio durante três semanas em uma unidade hospitalar de tratamento para o alcoolismo com outro grupo que não havia recebido treinamento. Encontraram que, antes do treinamento, ambos tinham atitudes negativas frente ao alcoolista, e que, após o treinamento, o grupo que o recebera apresentou atitudes menos negativas. Porém, um ano após, quando foram reavaliados, mostraram uma visão mais negativa do prognóstico do alcoolista. Davidhizar e Golightly (1983) evidenciaram mudanças de atitudes após um treinamento teórico e prático sobre alcoolismo, prevalecendo atitudes mais positivas após a aquisição de conhecimento.

Na década de 90, Fransworth e Bairan (1990) avaliaram os efeitos de quatro semanas de estágio, em uma unidade psiquiátrica, sobre a crença dos estudantes de enfermagem a respeito do alcoolista. Ao final do estágio, os dados mostraram que os estudantes expressaram maior satisfação em trabalhar com alcoolistas. Feigebaum (1995) obteve resultados semelhantes quando submeteu estudantes de enfermagem a sete horas semanais de

treinamento para lidar com dependência química e experiências clínicas com dependentes, ao longo de cada semestre do curso de enfermagem.

Na Colômbia, Mendoza e Pillon (2005) caracterizaram a formação dos enfermeiros no que diz respeito a conhecimento, atitudes e crenças relacionados com o fenômeno das drogas. Para conhecer as atitudes dos estudantes frente ao fenômeno das drogas, uma amostra composta por 159 graduandos forneceu respostas para a escala sobre atitudes e crenças dos enfermeiros em relação ao alcoolismo e às drogas do Projeto NEADA - Nursing Education in alcohol and Drug Education. Foram encontradas atitudes positivas, mas também foram evidenciadas dificuldades práticas para atuar frente a essa problemática. O autor propôs, ainda, uma mudança de paradigma na formação dos enfermeiros a fim de ampliar a compreensão e a atuação dos futuros profissionais no âmbito da prevenção, promoção e interação social junto ao dependente químico.

No Reino Unido, Rassol e Rawaf, em 2008, mostraram que após treinamento adequado os estudantes de enfermagem estavam mais seguros e mais bem preparados para intervir com pacientes alcoolistas e salientam a necessidade de novos estudos que mostrem a efetividade de intervenções educacionais junto aos estudantes para que esses possam atender de forma adequada e efetiva a população que faz uso/abuso de drogas.

No Brasil, Gil-Merlos (1985) explorou quais eram as patologias mais rejeitadas e as mais aceitas por graduandos de enfermagem do último ano do curso. Identificou o alcoolismo como a patologia mais rejeitada - o julgamento era moral e o paciente foi culpabilizado pela sua dependência.

No final da década de 1990, foi realizado no Brasil o primeiro estudo voltado a conhecer as atitudes de estudantes de enfermagem, enfermeiros e docentes de enfermagem frente ao alcoolista. Nesse estudo, a autora identificou que não havia no País instrumentos que possibilitassem essa mensuração; foi então que, reconhecendo a importância de escalas para esse fim, traduziu e validou escalas de mensuração de atitudes norte-americanas, aplicando-as também em estudantes de enfermagem (Pillon, 1998; Pillon, Luis e Laranjeira, 2006).

Pillon investigou atitude de enfermeiros, docentes e graduandos de enfermagem de uma Universidade Pública, totalizando-se 319 sujeitos; 17,2% da população era composta por estudantes do último ano de graduação em enfermagem. A maioria da amostra - 92,5% - apresentou atitudes positivas em relação à disponibilidade de tratamento para alcoolista, porque o reconhece como doente; por outro lado, sente-se insegura para manejar com êxito os problemas dos alcoolistas. Pouco mais da metade dos participantes - 52,7% - apresentou atitudes negativas no subgrupo satisfação pessoal/profissional em trabalhar com alcoolistas (Pillon, 1998; Pillon, Luis e Laranjeira, 2006).

Pesquisa realizada por Carraro, Rassool e Luis em 2005, com o objetivo de examinar o conhecimento e as atitudes dos graduandos de enfermagem frente a substâncias psicoativas e de relacionar a implicação dessas atitudes no ensino de enfermagem, encontrou que o ensino sobre álcool e outras drogas no Brasil é inadequado. Apontou ainda a necessidade de estudos nacionais que avaliem essa relação dos estudantes com a dependência química.

Estudo mais recente (Vargas, 2012) mostrou que os estudantes de enfermagem apresentavam atitudes positivas frente ao uso do álcool e aos consumidores moderados; consideravam o alcoolismo uma doença e rejeitavam a concepção de que o alcoolista é um imoral e fraco. Entretanto, o autor apontou que as atitudes dos estudantes de enfermagem eram mais negativas do que aquelas evidenciadas em estudos prévios, pois evidenciou-se que mais de 40% dos participantes consideraram o alcoolista culpado por seus problemas de saúde; 52% informaram que não saberiam como conduzir a situação caso necessitassem atender um paciente alcoolista e 50% informaram que prefeririam não ter que cuidar desse paciente (Vargas, 2012). Os estudos mostraram ainda que as características pessoais dos estudantes - como gênero e idade - e o número de aulas teóricas recebidas sobre a temática álcool e outras drogas exercem influência positiva nas atitudes de estudantes de enfermagem frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista (Vargas, 2012).

Aplicando o Short Alcohol and Alcohol Problems Perception a uma amostra composta por 235 estudantes de enfermagem de uma faculdade privada da região centro-oeste brasileira, Maciel (2011) encontrou atitudes predominantemente negativas relacionadas ao alcoolista e satisfação e motivação em trabalhar com essa clientela. Porém houve situações, apesar de poucas, em que os estudantes apresentaram atitudes positivas, o que pode ser evidenciado quando esses sujeitos discordaram que eles, como profissionais de saúde, não sabem lidar com alcoolistas, e quando concordaram sobre o direito de perguntar ao paciente sobre o consumo de bebida alcoólica.

Um estudo qualitativo que objetivou conhecer as percepções de estudantes de enfermagem que haviam tido experiência clínica com dependentes de substâncias psicoativas, frente ao cuidado a esses pacientes (Rocha et al.), evidenciou que, antes do estágio, o cuidar era permeado por preconceitos e receios relacionados ao não conhecimento da temática, e que, ao concluírem o estágio, os estudantes citaram ter superado essas dificuldades iniciais e que percebiam o dependente como um paciente que necessita de cuidados específicos. Ainda esses autores encontraram que, como ponto positivo, os estudantes destacaram durante o período de estágio a discussão da teoria com a vivência que possibilitou a transformação de concepção de um modelo moral para outras, pautadas em modelos técnicos, científicos e éticos. O tempo despendido com esses usuários durante as atividades clínicas foi mencionado como um fator facilitador do aprendizado, que contribuiu para a mudança dessa percepção geralmente equivocada do cuidar do dependente químico*.

Os resultados das pesquisas mostram que não houve mudanças significativas sobre as atitudes dos estudantes de enfermagem frente ao

* Rocha FM, Vargas D, Oliveira MAF, Bittencurt MN. Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções de estudantes de enfermagem. 2012 (em fase de elaboração).

paciente alcoolista nas últimas décadas, evidenciando-se semelhanças nos resultados das pesquisas prévias realizadas nacional e internacionalmente com relação a esse fenômeno.

Há um avanço quando pensamos que os estudantes reconhecem o alcoolismo como doença e o alcoolista como doente que necessita de cuidado; por outro lado, eles se sentem inseguros e despreparados para atuar com essa clientela. Esse dado corrobora a falta de capacitação adequada apontada por diversos autores como um fator dificultador do cuidado, o que acarreta insegurança, receio e até descontentamento em trabalhar com pacientes alcoolistas.

As publicações realizadas com estudantes de enfermagem entre a década de 60 e 90 levam à constatação de que intervenções feitas a partir de treinamentos foram efetivas no aumento do conhecimento; no entanto, as mudanças de atitudes ocorreram com menor frequência e, quando ocorreram, foi durante curtos períodos de tempo.

Se os estudos realizados até a última década do século XX (Ferneau, Morton, 1967; Chordorkoff, 1969; Gurel, 1976; Harlow, Goby, 1980; Davidhizar, Golightly, 1983; Fransworth, Bairan, 1990; Feigebaum, 1995) revelaram que o aumento do conhecimento nem sempre influenciava a atitude dos estudantes a fim de torná-la mais positiva, as pesquisas recentes (Mendoza, 2005; Rassool, Luis, Carraro, 2005; Rassol, Rawaf, 2008; Vargas, 2011; Vargas, 2012; Rocha et al., 2012) relacionam a predominância de atitudes negativas com insegurança e falta de capacitação na área. Também sugerem que o caminho para uma enfermagem capaz de atuar de forma satisfatória junto à população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas é uma educação teórico-prática que forneça informações e treinamentos suficientes sobre a dependência de drogas em geral, sendo necessário para tanto uma reformulação da grade curricular, de modo que a carga horária destinada ao tema não seja restrita e o assunto seja sistematicamente integrado (Vargas, 2011; Pillon, 2005; Carraro, Rassool, Luis, 2005; Lopes, Luis, 2005).

Tais hipóteses precisam ser testadas; para tanto, a validação da Escala e atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista com

estudantes de enfermagem é de fundamental importância, pois, ao fornecer instrumentos confiáveis para esse fim, pode subsidiar a realização de estudos futuros e orientar necessidades específicas de transformações, nesse campo ainda pouco explorado pela enfermagem brasileira.

Este estudo é relevante ainda por propor a validação de um instrumento para mensuração de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, uma vez que a literatura acusa indícios de carência de instrumentos com esse objetivo validados para seu uso entre estudantes de enfermagem (Maciel,2011; Vargas,2005; Pillon,2005). Além disso, os dados obtidos com a citada escala podem apontar necessidades específicas de aprimoramento e norteá-lo para seu uso nessa população.

1.4 A ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA – EAF AAA

A Escala de Atitudes Frente ao Álcool ao Alcoolismo e ao Alcoolista – EAF AAA foi construída e validada no Brasil em 2005 (Vargas, 2005), após constatação da escassez de instrumentos para esse fim no mercado brasileiro (Pillon,1998; Vargas, 2005; Vargas, Luis, 2008).

O processo de construção da EAF AAA norteado pelos pressupostos da teoria de Pasquali (1999) encontra-se relatado no artigo publicado por Vargas em 2008, no qual o autor afirma que, para obtenção dos fatores da versão preliminar da EAF AAA, foi realizada uma Análise Fatorial em que foi imposta a configuração de cinco fatores após definidos; em seguida, os itens que apresentaram carga fatorial inferior a 0,4 foram excluídos. Com a aplicação desses critérios de exclusão, chegou-se a uma versão da escala composta de 96 itens distribuídos em cinco fatores, sejam eles: F1: O alcoolista: o trabalho e as relações interpessoais; F2: Etiologia; F3: Doença; F4: As repercussões decorrentes do uso/abuso do álcool; F5: Bebidas alcoólicas.

Essa versão do instrumento apresentou uma confiabilidade de 0,90. Em uma análise geral dos resultados observados no primeiro estudo das propriedades psicométricas da EAFAAA, ela se mostrou confiável para avaliação das atitudes frente à temática (Vargas, 2005). Embora com boas qualidades psicométricas ao final do processo da análise, alguns fatores da EAFAAA ainda apresentavam baixa consistência interna, e esta se mostrava demasiadamente longa. Assim, conforme consta no relatório de conclusão de sua construção, o instrumento não estava acabado, havendo necessidade de realização de outros estudos no sentido de aprimorar a escala construída (Vargas, 2005).

Estudo subsequente realizado para avaliar as qualidades psicométricas da EAFAAA resultou em um instrumento menor, constituído de 83 itens distribuídos também em cinco fatores e com um índice de confiabilidade de 0,90 (Vargas, 2011).

Apesar de a EAFAAA ter se mostrado confiável para mensuração das atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, com apresentação de índices satisfatórios de confiabilidade em suas duas versões prévias empregando-se técnicas estatísticas distintas, em 2011, com propósito de validar o instrumento para uso entre profissionais de saúde e oferecer um escala menos extensa, a EAFAAA foi aplicada em 1025 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros).

O produto dessa validação foi uma escala composta por 54 itens divididos em dois fatores, assim denominados: Fator 1: “*A Bebida alcoólica e o alcoolista*”; Fator 2 “*O trabalho e o relacionamento com o alcoolista*”. A variância explicada pelos dois fatores foi de 68%; quanto à confiabilidade da Versão final da EAFAAA, o instrumento na íntegra, composto por 54 itens, teve a confiabilidade estimada pelo Alfa de Cronbach de 0,86. Quando se verificou o índice de confiabilidade de cada fator isoladamente, o Fator 1 apresentou um $\alpha = 0,93$ e Fator 2 alfa $\alpha = 90$. A EAFAAA caracterizou-se, com precisão, como um instrumento capaz de identificar as atitudes dos profissionais de saúde que constituíram a amostra frente às questões relacionadas ao álcool.

As respostas à EAFAAA são dadas por meio de uma escala do tipo Likert, com alternativas de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Como a maioria dos itens da EAFAAA tem sentido negativo, para avaliar a escala seguindo a orientação do autor do instrumento (Vargas,2005; Vargas, Luis,2008; Vargas,2011) deve-se atribuir 1 e 2 pontos para categorias de respostas desfavoráveis à questão proposta, 4 e 5 pontos para as categorias favoráveis, e 3 pontos para os níveis intermediários de resposta. Sendo assim, a atitude negativa estará relacionada com média de escore baixa, enquanto a atitude positiva será indicada pela média de escore elevada.

Objetivo

2 OBJETIVO

Realizar a validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista – EAFAAA, segundo parâmetros estatísticos para as medidas de variáveis psicossociais, em uma amostra de estudantes de enfermagem.

Aporte Teórico Metodológico

3 APORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 ATITUDE

Com o objetivo de conceituar o termo ‘atitude’, as teorias clássicas a definem como predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas; assim, uma atitude pode ser considerada uma predisposição adquirida e duradoura para agir do mesmo modo diante de determinada classe de objetos, ou um persistente estado mental e/ou neural de prontidão para reagir diante de determinada classe de objetos não como eles são, mas sim como são concebidos, podendo ser inferidas a partir de diversas formas de expressão humana (Gil, 2006; Rodrigues, 1978).

Para Gil (2006), o conceito de atitude é dos mais importantes em Psicologia Social e recebeu diversas definições, mas quase todas a caracterizam como uma tendência à ação, adquirida no ambiente em que se vive e derivada de experiências pessoais, além de influenciada pela personalidade. Sendo assim, designa disposição psicológica que inclina o indivíduo a reagir de forma específica em relação a determinadas pessoas, objetos ou situações. Ainda segundo esse autor, atitude difere de opinião - opinião recebe uma conceituação mais simples por implicar uma representação consciente e estática relacionada a um julgamento ou crença. Afirma também que nas opiniões predomina o componente cognitivo sobre o afetivo e que nas atitudes ocorre o inverso.

Segundo Rodrigues (1978), atitudes são predileções de comportamento que nos ajudam a formar uma ideia mais estável da realidade em que vivemos e que servem também para proteger nosso ‘eu’ de conhecimentos indesejáveis. Qualquer atividade que vise à promoção do bem comum envolverá, necessariamente, mudança de atitudes, ou seja, torna as atitudes dos indivíduos compatíveis com a obtenção do bem-estar coletivo.

Ao mencionar os diversos conceitos de 'atitudes', Rodrigues (1978) conclui que, embora haja divergências quanto a palavras utilizadas, há tendência a caracterizar as atitudes sociais como variáveis intervenientes, não observáveis, porém diretamente passíveis da inferência de ser observáveis.

A atitude pode ser considerada multidimensional ou unidimensional. Quando multidimensional, envolve os três componentes: afetivo, cognitivo e comportamental. De acordo com esta avaliação, as atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como gostariam de se comportar em relação ao objeto atitudinal (Triadis, 1971). Na tese unidimensional, o componente afetivo é o único característico das atitudes, definido como sentimento pró ou contra determinado objeto. Crenças e comportamentos associados a uma atitude não seriam partes integrantes desta, mas, sim, elementos pelos quais se pode medir a atitude, ou seja, crenças e comportamentos de pessoas ou grupos seriam os indicadores pelos quais as atitudes poderiam ser mensuradas (Fishbein e Ajzen, 1975).

Whedall (1976) afirma que o componente afetivo, também denominado componente emocional ou sentimentos, se relaciona a sentimentos de inclusão ou aversão da pessoa em relação a um objeto de atitude. Neste caso, não se refere ao que a pessoa pensa sobre o objeto, mas ao que sente sobre ele. Para Fishbein e Ajzen (1975), o componente afetivo é o único característico das atitudes sociais. Esse componente é considerado o mais nitidamente característico das atitudes e é justamente o que difere as atitudes das crenças e opiniões.

O componente cognitivo da atitude é representado pelas crenças e demais comportamentos cognitivos relativos ao objeto (Rodrigues, 1978). Para Harrison (1975), o componente cognitivo constitui o aspecto intelectual das atitudes e consiste no que seu portador vê, sabe ou raciocina sobre o objeto da atitude.

O componente comportamental é o componente ativo da atitude, refere-se à ação, à prontidão para reagir frente ao estímulo atitudinal; revela uma tendência do indivíduo em um movimento ou em uma ação na direção do objeto de atitude. Esse comportamento pode ser verbal e não verbal

(Whedall, 1976). A relação entre atitudes e comportamento constitui um dos motivos pelos quais as atitudes sempre merecem atenção especial dos psicólogos sociais.

Este trabalho será norteado pelo conceito de atitude multidimensional, integrada por três componentes discerníveis: o cognitivo, o afetivo e o comportamental, uma vez que se pressupõe que as atitudes dos estudantes de enfermagem frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista envolvem afetos (sentimentos) positivos ou negativos diante do objeto, o que presume uma representação cognitiva pela qual o sujeito tende a agir (expressar determinado comportamento).

Os componentes cognitivo, afetivo e comportamental que integram as atitudes sociais se influenciam mutuamente em direção a um estado de harmonia. Qualquer mudança em um desses três componentes é capaz de modificar os outros. Consequentemente, uma informação nova, uma nova experiência ou um novo comportamento emitido em cumprimento às normas sociais - ou outro tipo de agente capaz de prescrever comportamento - pode criar um estado de inconsistência entre os três componentes atitudinais de forma a resultar uma mudança de atitude (Gil, 2006).

3.2 ESCALAS DE ATITUDE

Segundo Krech et al. (1969), as atitudes são necessariamente mensuradas de maneira indireta, e essas mensurações só podem ser feitas por meio de inferências resultantes das respostas do indivíduo com relação ao objeto, de suas ações exteriores e de suas afirmações verbais de crença e sentimento e de disposição para agir em relação ao objeto.

Escalas são instrumentos construídos com o objetivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes, de maneira mais objetiva possível. Isso implica transformar em quantitativos fatos que habitualmente são vistos como qualitativos. Elas preveem a possibilidade de ordenação de itens ao longo de um contínuo, ou seja, identificar pontos intermediários a partir de

pontos extremos; para tanto, é necessário, entre outras etapas, a contínua verificação empírica (Gil, 2006).

Dos métodos utilizados para a mensuração de atitudes, a escala de atitudes é o mais frequente e o mais cuidadosamente planejado e comprovado. Tem como objetivo geral atribuir a um indivíduo uma posição numérica num linear contínuo que vai desde extremamente desfavorável até extremamente favorável, indicando-se a valência de sua atitude frente a um objeto, sendo valência o elemento que especifica até que ponto a atitude é favorável ou desfavorável; por exemplo, entre os sentimentos extremos de amor e ódio podem ser encontrados outros em posições intermediárias, como amizade, indiferença e inimizade (Gil, 2006; Rodrigues, 1978).

Apesar de apresentar diferenças em seus métodos de construção, todas as escalas de atitude têm o objetivo de atribuir a um indivíduo uma posição numérica em um contínuo, uma posição que indica, por exemplo, a valência de sua atitude com relação a determinado objeto.

A maneira pela qual uma escala discrimina os indivíduos depende de sua construção e do método de verificação dos resultados. Do ponto de vista da psicologia, Guttman considera a resposta do sujeito resultante tanto dos estímulos quanto dos sujeitos; Thurstone considera que a resposta do sujeito depende exclusivamente do estímulo; já na Likert, a resposta depende exclusivamente do sujeito. Todas essas técnicas incluem procedimentos estatísticos que permitem avaliar sua consistência interna (Pasquali, 1999).

A escala tipo Likert, uma das mais usadas para mensuração de atitudes, consiste de uma série de afirmações seguidas de cinco alternativas: concordo plenamente, concordo em parte, não estou seguro, discordo em parte e discordo plenamente. A cada uma dessas alternativas são atribuídos valores numéricos de 1 a 5, cabendo ao elaborador da escala determinar a que direção (positiva ou negativa) ele vai atribuir os valores mais altos (Rodrigues, 1978).

3.3 VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO

Validade e fidedignidade são elementos relacionados diretamente com a qualidade da escala. Quando uma escala é aplicada à mesma amostra e produz, consistentemente, os mesmos resultados, ela é tida como fidedigna. Gil (2006) exemplifica a importância dessa propriedade comparando uma escala que produz resultados diferentes a cada aplicação a uma régua elástica que se expande em razão da força que lhe é aplicada. Uma escala apresenta validade quando mede realmente o que se propõe medir (Rodrigues, 1978). De acordo com Isaac e Michel (1971), a informação da validade indica o grau em que determinado teste é capaz de atingir seus objetivos específicos.

A fidedignidade ou a precisão de um teste diz respeito a uma característica que ele deve deter: medir sem erros. Isto significa que esse teste, ao medir os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, ao medir os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre as duas medidas deve ser 1. Entretanto, como o erro está sempre presente em qualquer medida, esta correlação mais se afasta do 1 quanto maior for o erro cometido na medida (Pasquali, 2003).

Validade diz respeito ao aspecto de a medida ser congruente com a propriedade medida dos objetos, e não com a exatidão com que a mensuração é feita; deve-se demonstrar a correspondência entre traço latente e sua representação física, o comportamento. Um teste é considerado válido quando mede o que se propõe medir (Pasquali, 2003).

A preocupação na validação dos instrumentos na atualidade, desde 1970, se concentra na validade de construto ou dos traços latentes, considerada a mais complexa e difícil das validades e que diz respeito ao grau em que uma escala ou um conjunto de subescalas mede a teoria ou a hipótese de investigação. Pasquali (2003) busca explicar construto por meio da teoria dos traços latentes.

A validade do construto ou do conceito é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, dado que constitui uma maneira direta de verificar a hipótese de legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (Pasquali, 2003; Cavas, Bunchaft, 2002). Sendo assim, a validação de construto de uma escala é um processo pelo qual se determina a confiança que pode ser dada às inferências feitas sobre as pessoas ou grupos, baseadas nos escores obtidos naquele instrumento (Streiner, Norman, 2003; Isaac e Michael, 1971; Pasquale, 2003; Menezes, 1998).

O conceito de traço latente, por não ser óbvio, exige esclarecimentos. De acordo com Pasquali (2003), um traço latente pode ser encarado como um processo psicológico; sendo assim, as estruturas latentes são concebidas como atributos impérvios à observação empírica. O traço latente precisa ser expresso em comportamentos para ser cientificamente abordado, pois o comportamento (verbal, motor) é o único nível em que se pode trabalhar cientificamente (empírico) em psicologia, e é neste nível que se deve procurar a solução para o problema de representação e, portanto, do conhecimento dos traços latentes. Por sua vez, os traços latentes constituem-se sustentáculos da psicometria, pois postula-se que, ao se operar sobre o sistema de comportamento, está se operando sobre os traços latentes; assim, a medida que se faz no nível comportamental é a dos traços latentes. Traço latente vem referido ou inferido de expressões como: variável hipotética, variável fonte, fator, construto, conceito, estrutura psíquica, traço cognitivo, processo cognitivo, processo mental, estrutura mental, habilidade, atitude, tendência e outros.

O presente estudo respalda-se no referencial teórico da Validade de Construto ao propor mensurar o construto, atitude frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, que é impérvio à observação empírica por constituir traços latentes, expressos por comportamentos representados pelos itens de uma escala, a EAFAAA.

Material e Método

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 MÉTODO

Trata-se este de um estudo exploratório de abordagem psicométrica que se ocupará de realizar a validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista – EAFAAA, em uma amostra de estudantes de enfermagem.

O uso da medida em psicologia é denominado psicometria, assim como sociometria e econometria são medidas em sociologia e economia, respectivamente. Apesar de se inserir na teoria da medida em geral e ter sido desenvolvida, sobretudo, por estatísticos, a psicometria é um ramo da psicologia, não da estatística. O que, por sua vez, leva a uma discussão sobre o uso do símbolo matemático - o número - no estudo científico dos fenômenos naturais (Pasquali, 2003).

Etimologicamente, psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada na área da psicologia e da educação. Fundamenta-se na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, no método quantitativo, que tem como principal característica e vantagem o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização de linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais (Pasquali, 1999; Pasquali, 2003; Pasquali, 2009).

A matemática e a ciência empírica são sistemas teóricos muito distintos, com objetos e metodologias próprios e irreversíveis. Apesar de suas diferenças epistemológicas, a ciência percebeu as vantagens consideráveis que pode obter ao utilizar a linguagem matemática para descrever seu próprio objeto de estudo. Porém, a natureza da medida para descrever fenômenos naturais implica alguns problemas básicos, dentre eles, a representação, a unicidade e o erro (Pasquali, 2003).

O teorema da representação consiste em justificar a legitimidade da utilização de numerais, objeto da matemática, para representar as propriedades dos fenômenos naturais, objeto da ciência. Tal utilização é justificável quando se preservam tanto as propriedades estruturais do número quanto as características próprias dos atributos dos fenômenos empíricos (Pasquali, 2003).

A questão envolvida no problema da unicidade da representação é se o número é a única ou a melhor representação das propriedades dos objetos naturais para fins de serem conhecidos pelo homem. E, ainda, a representação apresenta diferentes níveis de qualidade ou precisão, dependendo do tipo de característica dos objetos que estão sendo estudados (Pasquali, 2003).

O problema do erro sinaliza que a observação dos fenômenos empíricos é sempre sujeita a erros, devidos tanto ao instrumental de observação quanto às diferenças individuais do observador, além de haver erros aleatórios, sem causas identificáveis. Logo, o número que descreve um fenômeno empírico deve vir acompanhado de algum indicador de erro provável, o qual será analisado dentro das teorias estatísticas para determinar se o valor encontrado e que descreve o atributo empírico está dentro dos limites de aceitabilidade de medida (Pasquali, 2003).

A psicometria tem duas vertentes de estudo e aplicação - a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). No caso da TCT, os parâmetros envolvidos são comportamentos, realidades físicas; no caso da TRI, além dos comportamentos, entram processos definidos como traços latentes. Há, na verdade, um fundo de caráter epistemológico que opõe a TRI à TCT, oposição que se fundamenta na concepção do ser humano. Enquanto a TCT surgiu dentro de uma concepção monista materialista - que imperava nas ciências em geral desde o empirismo inglês do século XVIII -, a TRI faz suposição de ou, pelo menos, permite se fundamentar em uma concepção dualista interacionista do ser humano (Pasquali, 2003).

A TCT se preocupa em explicar o resultado final total, isto é, a soma das respostas dadas a uma série de itens expresso no chamado escore total

(T). Por outro lado, a TRI se interessa especificamente por cada um dos itens do teste e pretende revelar qual é a probabilidade e quais são os fatores que afetam a probabilidade de, individualmente, cada item ser acertado ou errado (em testes de aptidão), ou ser aceito ou rejeitado (em testes de preferência: personalidade, interesses, atitudes). Dessa forma, a TCT representa o interesse de produzir testes de qualidade, enquanto a TRI, o de produzir tarefas (itens) de qualidade (Pasquali, 2003).

4.1.1 Sobre o modelo teórico de validação de construto da EAFAAA

A validade de construto pode ser trabalhada sob vários ângulos: análise da representação comportamental do construto, análise por hipótese, curva de informação da TRI, além do falsete estatístico do erro de estimação da TCT (Pasquali, 2003).

Com vista a garantir um instrumento o mais confiável possível para medir as atitudes dos estudante enfermagem de frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, optou-se neste estudo por verificar a validade do construto da EAFAAA por meio de modelos, estatísticos oriundos da TCT, ou seja: a análise da representação comportamental do construto, pois trata-se da teoria que tem respaldado o processo de construção da EAFAAA desde seu início (Vargas, 2005, Vargas, Luis, 2008; Vargas, 2011).

Para confirmar a validade de construto da EAFAAA, utilizando-se a Análise de Representação Comportamental do Construto, são adotados os métodos da Análise fatorial e da Análise de Consistência Interna.

Análise Fatorial

A Análise Fatorial compreende uma série de técnicas estatísticas que trabalham com análises multivariadas e matrizes. Tem como lógica precisamente verificar quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as inter-relações) dos itens e postula que um

número menor de traços latentes (variáveis fonte) é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (itens). Supõe-se que se as variáveis empíricas se relacionam entre si é porque elas têm uma causa comum que produz esta correlação. É a esta causa comum que se chama de fator, cuja descoberta é precisamente a tarefa da análise fatorial (Pasquali, 2003).

Ela tem muito a dizer a respeito tanto da validade quanto da fidedignidade dos instrumentos. No caso da fidedignidade, é quase somente por seu intermédio que se pode estabelecer este parâmetro psicométrico para bateria de testes.

A carga fatorial, representa o percentual de relação que ela tem com o fator, isto é, quanto por cento ela se constitui representação do fator (traço latente); indica, em outras palavras, se ela é uma boa representação comportamental do traço latente. A validade do construto de um teste é determinada pela grandeza das cargas fatoriais (que são correlações que vão de -1 a +1) das variáveis no fator (Pasquali, 2003).

Análise da Consistência Interna

A Análise da Consistência Interna implica o cálculo das correlações dos item com o restante do teste e só faz sentido se o teste é, a priori, homogêneo, pois pressupõe que os itens são somáveis, isto é, válidos, e então representam de forma adequada um mesmo traço latente. Quanto maior for o número de itens que compõem o teste, vai se tornando menos relevante a influência de cada item em particular no escore total. Logo, em um teste com grande número de itens ($n > \text{ou} = 30$), a correlação do item com o escore total ou com restante do item não vai constituir diferença relevante (Pasquali, 2003).

Se a correlação interna entre determinado número de itens for alta, isto significará que esse conjunto de itens ou variáveis medirá o mesmo construto. Pode-se dizer, então, que um instrumento que apresenta um índice de consistência interna alto mede um construto unidimensional, pois

construtos multidimensionais tendem a apresentar índices de consistência interna baixos (Pasquali, 2003).

Embora não tenha sido o primeiro a trabalhar com esse tipo de análise, foi Cronbach, em 1951, quem propôs este coeficiente geral que reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo, assim, de indicador da consistência interna do próprio teste. Sua fórmula é: $\alpha = n / n-1 (1 - \sum s_i^2 / s_T^2)$. Onde n é número de itens, $\sum s_i^2$ é a soma das variâncias dos n itens e s_T^2 é a variância total dos escores do teste.

Será maior o índice alfa quando a variância específica de cada item for pequena e for grande a variância que, em conjunto, eles produzem. Assim, se todos os itens variarem do mesmo jeito, isto é, se não houver variância do item individualmente, o alfa será igual a 1 e os itens serão homogêneos, produzindo-se a mesma variância. Como essa homogeneidade total não é esperada, o alfa mostrará o quanto de congruência ou covariação têm os itens dentro do teste, variando de 0 a 1, onde 0 indica ausência total de consistência interna dos itens, e o 1, presença de consistência de 100%. Nesta lógica, quanto menos variabilidade um mesmo item produz numa amostra de sujeitos, menos erro ele provoca (Pasquali, 2003).

4.2 MATERIAL

4.2.1 Locais de estudo

Os dados foram coletados em sala de aula no último encontro reservado para avaliação da disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, no período de 2009 a 2011.

4.2.2 Sujeitos do estudo

A amostra do estudo foi composta por 212 estudantes de enfermagem de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo, que cursavam o segundo ou terceiro ano da graduação e haviam participado da disciplina ENP 252, destinada à saúde mental, onde a problemática do uso abusivo de substâncias psicoativas é abordada.

Em sua maioria, a amostra foi composta por indivíduos jovens, do sexo feminino, que nunca exerceram atividade profissional na área da enfermagem e não tiveram contato prévio com alcoolistas.

4.2.3 Instrumentos de coleta

O instrumento utilizado para coleta dos dados foi a Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA), resultante da validação entre profissionais de saúde (Vargas, 2011), composto de 54 itens divididos em dois fatores, assim denominados: Fator 1: “ **A Bebida alcoólica e o alcoolista**”; Fator 2 “**O trabalho e o relacionamento com o alcoolista**” (ANEXO 1):

Cada um dos itens que compunha o instrumento entregue aos sujeitos podia ser respondido por meio de uma escala do tipo *likert* de cinco pontos: (1=Discordo totalmente; 2=Discordo; 3=Indiferente; 4=Concordo; 5=Concordo totalmente).

Foi aplicado também um questionário com informações sociodemográficas do sujeito (ANEXO 2). Este instrumento é composto por questões referentes a sexo, idade, estado civil, ano da graduação cursado no momento do estudo, como se deu o contato com o conteúdo de álcool e drogas durante a disciplina ENP252, e experiência com alcoolistas antes da referida disciplina.

4.2.4 Aspectos éticos da pesquisa

Os procedimentos éticos desse estudo são representados pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob nº 710/2008 (Anexo 3), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, e pela assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo 4) pelos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa.

A abordagem inicial foi feita pela explicação do objetivo da pesquisa, seu caráter voluntário e garantia de sigilo e anonimato, seguida de orientações de preenchimento do formulário, como necessidade de respostas individuais.

4.2.5 Procedimentos para análise dos dados

Para a análise descritiva dos dados, construiu-se um banco de dados no programa SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), a partir do qual se procedeu à análise categórica e cálculo de proporções por meio de estatísticas descritivas.

Para a análise inferencial, serão utilizados modelos estatísticos para estimar as quantidades e as medidas de interesse associadas aos fatores, itens e indivíduos. Com esse intuito, serão utilizadas as técnicas da Análise Fatorial e, em seguida, será testada a confiabilidade da escala, avaliando-a de acordo com os pressupostos da TCT.

Para validação da EFAAAA pelo modelo da TCT, o primeiro passo foi submeter os dados a uma Análise Fatorial, utilizando-se uma matriz de correlação policórica, o que permitiu avaliar a suposição de unidimensionalidade do teste por meio de sua comunalidade com cada fator,

bem como das cargas fatoriais de cada item. Na sequência, testou-se a confiabilidade da escala avaliando-se sua consistência interna por meio do Alfa de Cronbach.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 212 estudantes de enfermagem de uma universidade pública do Estado de São Paulo. Dentre os participantes, somente 15 eram do sexo masculino e 60% cursavam o terceiro ano da graduação, conforme ilustrado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos estudantes de acordo com a idade e ano da graduação, São Paulo - 2009 a 2011

Variável	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Sexo				
Masculino	15	7,1	7,1	7,1
Feminino	195	92,0	92,9	100,0
Total	210	99,1		
Missing	2	0,9		
Total	212	100,0		
Ano da graduação				
2º Ano	63	29,7	39,4	39,4
3º Ano	97	45,8	60,6	100,0
Total	160	75,5	100,0	
Missing	52	24,5		
Total	212	100,0		

Quanto à formação na temática de substâncias psicoativas, a grande maioria dos respondentes teve contato com esse tema somente na disciplina de saúde mental e coletiva, durante a aula, e não participou de outro tipo de capacitação, conforme evidenciam os dados da tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos estudantes de acordo com as variáveis referentes ao preparo na temática de substâncias psicoativas, São Paulo – 2009 a 2011

Variável	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Contato com o conteúdo álcool e drogas na disciplina ENP 252				
Aula sobre Transtornos Comportamentais por substâncias psicoativas	128	60,4	69,2	69,2
Aula sobre transtornos comportamentais e estágio no CRATOD	45	21,2	24,3	93,5
Não estive presente na aula e fiz estágio em outro serviço	12	5,7	6,5	100,0
Total	185	87,3	100,0	
Missing	27	12,7		
Total	212	100,0		
Participação em treinamento, palestra ou disciplina sobre o álcool				
Sim	32	15,1	20,1	20,1
Não	127	59,9	79,9	100,0
Total	159	75,0	100,0	
Missing	53	25,0		
Total	212	100,0		
O tema álcool e drogas foi abordado em alguma outra disciplina				
Sim	48	22,6	30,4	30,4
Não	110	51,9	69,6	100,0
Total	158	74,5	100,0	
Missing	54	25,5		
Total	212	100,0		

De acordo com a tabela 3, no que se refere à experiência profissional e contato com alcoolistas, cerca de 96% da amostra deste estudo nunca exerceram atividade profissional na enfermagem; aproximadamente 40%

tiveram experiência com alcoolistas, que se deu com amigos próximos ou familiares ou nos estágios de outras disciplinas.

Tabela 3 - Distribuição dos estudantes de acordo com as variáveis referentes à experiência pessoal/profissional com alcoolistas., São Paulo- 2009 a 2011

Variável	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Exerceu atividades profissionais na enfermagem				
Sim	7	3,3	3,3	3,3
Não	203	95,8	96,7	100,0
Total	210	99,1	100,0	
Missing	2	0,9		
Total	212	100,0		
Experiência prévia com alcoolistas				
Sim	60	28,3	37,5	37,5
Não	100	47,2	62,5	100,0
Total	160	75,5	100,0	
Missing	52	24,5		
Total	212	100,0		
Experiência clínica durante o estágio				
Sim	22	10,4	22,7	22,7
Não	75	35,4	77,3	100,0
Total	97	45,8	100,0	
Missing	115	54,2		
Total	212	100,0		
Familiar ou amigo próximo que tenha problemas relacionados ao álcool				
Sim	90	42,5	57,0	57,0
Não	68	32,1	43,0	100,0
Total	158	74,5	100,0	
Missing	54	25,5		
Total	212	100,0		

A variável idade mostrou uma população jovem, com idade média de 22 anos; a idade mínima foi 19 anos, e a idade máxima, 29 anos de idade.

5.2 VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, AO ALCOOLISMO E AO ALCOOLISTA

Análise Fatorial

Para o estudo da validade da EAFAAA na amostra de estudantes de enfermagem, foi realizada uma Análise Fatorial, utilizando-se o método de componentes principais. Para realização da Análise Fatorial, foram testadas quatro possibilidades de composição Fatorial da EAFAAA. A primeira impôs a configuração de dois fatores, característica original da escala resultante da validação com profissionais de saúde (Vargas, 2011); a segunda, com a imposição prévia de três fatores; a terceira, com a imposição de quatro fatores; e a quarta e última, com imposição de cinco fatores. Os resultados obtidos revelaram que a melhor solução incluía a distribuição dos itens em dois fatores, explicando-se os 37% da variância total dos resultados.

Determinados os dois fatores pela análise fatorial, verificou-se a comunalidade de cada um dos itens, excluindo-se da análise itens com comunalidade menor que 0,25. O resultado dessa primeira análise foi a exclusão de 29 itens que não atingiram o ponto de corte 0,25. Os itens excluídos após a análise das comunalidades são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Relação dos itens com comunalidade $< 0,25$, resultantes da Análise Fatorial

Item	Comunalidade
Item 26 - Os Alcoolistas são pacientes violentos.	0,22
Item 31 - O alcoolista bebe sem preocupação com o que vai acontecer depois.	0,12
Item 23 - O alcoolismo é uma doença.	0,13
Item 33 - Não adianta ser agressivo com o paciente alcoolista.	0,20
Item 43 - O alcoolista deve ser encaminhado ao psiquiatra.	0,19
Item 09 - Percebo o alcoolista como alguém marginalizado.	0,07
Item 14 - O indivíduo que bebe fica desorientado.	0,23
Item 05 - Penso que as pessoas têm o direito de beber, se elas quiserem.	0,10
Item 10 - A bebida alcoólica é agradável e traz bem-estar.	0,20
Item 15 - O uso de bebida alcoólica é algo normal.*	0,10
Item 20 - Penso que beber uma dose de uísque é considerado beber social.	0,10
Item 25 - A bebida em qualquer quantidade vai deixar o indivíduo dependente.	0,08
Item 30 - Beber com moderação não é prejudicial.	0,17
Item 63 - O alcoolismo é um vício irreparável.	0,11
Item 65 - O paciente alcoolista acaba sempre voltando ao serviço com o mesmo problema.	0,11
Item 67 - Considero paciente alcoolista o mais difícil de lidar.	0,06
Item 71 - O alcoolista é uma pessoa de difícil contato.	0,24
Item 76 - Sinto-me frustrado quando trabalho com alcoolistas.	0,19
Item 75 - Eu tenho medo da agressividade do alcoolista.	0,12
Item 79 - Para atender o alcoolista, é preciso contê-lo.	0,16
Item 80 - Penso que alcoolistas dão muito trabalho para a enfermagem.	0,16
Item 81 - Devo cuidar do alcoolista, mesmo que ele não queira.	0,03
Item 64 - Pessoas sem emprego fixo desenvolvem o alcoolismo.	0,12
Item 66 - Filhos de alcoolistas têm tendência a ser alcoolistas.	0,15
Item 74 - Penso que alcoolistas têm problemas financeiros.	0,15
Item 35 - Eu sou contra o uso do álcool em qualquer momento.	0,13
Item 73 - Eu não tenho medo de abordar o problema do alcoolismo com o paciente.	0,20
Item 78 - Quando trabalho com o alcoolista sei como conduzir a situação.	0,17
Item 03 - O alcoolista é um doente.	0,12

Na sequência, os 25 itens restantes distribuídos em dois fatores foram submetidos a uma rotação varimax, com vista a obter fatores mais facilmente interpretáveis. O resultado foi uma escala com 25 itens dividida em dois fatores, denominados: Fator 1: **“O alcoolista e o cuidado”** e Fator 2: **“A etiologia, as repercussões do alcoolismo e o relacionamento com o alcoolista”**.

Os dados das tabelas 5 e 6 apresentam a Matriz Fatorial da composição final da EAFAAA, validada com estudantes de enfermagem, e a comunalidade dos 25 itens divididos nos dois fatores.

Tabela 5 - Descrição dos itens no Fator 1 “O alcoolista e o cuidado”, com sua cargas fatorial e comunalidade

	Item	Carga fatorial	Comunalidade
06	Alcoolistas não têm bom senso.	0,58	0,33
11	O alcoolista é grosso, agressivo e mal-educado.	0,71	0,51
16	O alcoolista não é um irresponsável.	0,65	0,47
36	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.	0,64	0,36
21	O alcoolista não é um chato e pegajoso.	0,71	0,53
02	Alcoolistas não são revoltados.	0,51	0,31
54	Os alcoolistas nunca aprenderam as responsabilidades da vida adulta.	0,60	0,35
69	O alcoolista é um paciente que dá retorno do cuidado.	0,56	0,34
82	Quando o alcoolista está consciente, logo vem com sacanagem.	0,64	0,42
83	Quando o alcoolista chega ao hospital, ele está o pó do ser humano.	0,52	0,31
68	Pessoas mal resolvidas se tornam alcoolistas.	0,50	0,34

Tabela 6 - Descrição dos itens no Fator 2 “Etiologia e repercussões do alcoolismo e o relacionamento com o alcoolista”, com suas cargas fatoriais e comunalidade

	Item	Carga Fatorial	Comunalidade
07	Penso que fatores hereditários influenciam no abuso do álcool.	0,45	0,25
12	Alcoolistas são pessoas que buscam na bebida soluções para problemas afetivos.	0,59	0,36
22	O álcool não é usado como fuga.	0,64	0,41
32	Penso que todo alcoolista tem algo mal resolvido.	0,60	0,43
42	A falta de autocontrole leva ao alcoolismo.	0,57	0,51
08	Percebo que o alcoolista tem boa autoestima.	0,56	0,32
13	Os alcoolistas são pessoas psicologicamente abaladas.	0,59	0,35
18	O alcoolista é um indivíduo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica.	0,63	0,38
04	O alcoolista não extrapola a ponto de prejudicar a própria vida.	0,63	0,39
19	Penso que o álcool prejudica as funções mentais.	0,55	0,28
47	Problemas sociais e econômicos desencadeiam o beber excessivo.	0,47	0,26
70	Pessoas insatisfeitas não abusam do álcool.	0,43	0,34
28	A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista.	0,35	0,30
38	É preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista.	0,56	0,32

Com vista a analisar a unidimensionalidade da EAFAAA, verificou-se variância total dos resultados, observando-se que o primeiro fator explicou 19% da variância total e a variância acumulada foi de 37%.

A versão da EAFAAA validada para estudantes de enfermagem foi denominada EAFA-e, em que o “e” representa os estudantes e o álcool, alcoolismo e alcoolista antes representado por AAA; nesta versão será representado somente por A, a fim de facilitar a validação do instrumento em

outras línguas e tornar a sigla mais simples, sem, contudo perder as características da escala.

Confiabilidade

A confiabilidade da EAFAAA foi avaliada por meio da análise do coeficiente de consistência interna dos itens; para tanto, foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach. A análise foi testada em dois modelos de escala, ou seja, a análise de confiabilidade da escala na íntegra com 25 itens resultantes da Análise Fatorial sem divisão por fatores e, em um segundo momento, a mesma análise foi realizada em cada fator, separadamente, os resultados são demonstrados na Tabela 7. A tabela 8 ilustra o coeficiente alfa de crombach, considerando-se a permanência ou eliminação de cada um dos itens.

Tabela 7 - Alfa de Cronbach calculado separadamente por fator e na escala na íntegra

	Fator 1	Fator 2	25 itens
Alfa de Cronbach (α)	0.81	0.80	0.83

Tabela 8 - Alfa de Crombach ao eliminar item da escala

Item	Alfa de Cronbach
21 - O alcoolista não é um chato e pegajoso.	0,78
11 - O alcoolista é grosso, agressivo e mal-educado.	0,78
16 - O alcoolista não é um irresponsável.	0,78
36 - Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.	0,80
82 - Quando o alcoolista está consciente, logo vem com sacanagem.	0,80
54 - Os alcoolistas nunca aprenderam as responsabilidades da vida adulta.	0,80
06 - Alcoolistas não têm bom senso.	0,80
69 - O alcoolista é um paciente que dá retorno do cuidado.	0,80
83 - Quando o alcoolista chega ao hospital, ele já está o pó do ser humano.	0,80
02 - Alcoolistas não são revoltados.	0,80
68 - Pessoas mal resolvidas se tornam alcoolistas.	0,81
42 - A falta de autocontrole leva ao alcoolismo	0,79
70 - Pessoas insatisfeitas não abusam do álcool.	0,80
32 - Penso que todo alcoolista tem algo mal resolvido.	0,78
12 - Alcoolistas são pessoas que buscam na bebida soluções para problemas afetivos.	0,79
47 - Problemas sociais e econômicos desencadeiam o beber excessivo.	0,80
08 - Percebo que o alcoolista tem boa autoestima.	0,79
38 - É preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista.	0,79
13 - Os alcoolistas são pessoas psicologicamente abaladas.	0,79
04 - O alcoolista não extrapola a ponto de prejudicar a própria vida.	0,79
19 - Penso que o álcool prejudica as funções mentais.	0,79
18 - O alcoolista é um indivíduo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica.	0,79
22 - O álcool não é usado como fuga.	0,79
07 - Penso que fatores hereditários influenciam no abuso do álcool.	0,81
28 - A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista.	0,81

6 DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DA AMOSTRA

As características sociodemográficas encontradas nesse estudo são semelhantes às encontradas em outros estudos que envolveram estudantes de enfermagem (Santos, Leite, 2006; Junqueira, 2010; Maciel, 2011), no que se refere a idade e gênero. Pesquisa indica que até o final do século XIX a enfermagem era uma profissão exercida por homens e mulheres. No Brasil, a identificação da enfermagem com o sexo feminino, devido às qualidades e habilidades consideradas inatas às mulheres, foi bastante evidente no início do século XX. Se a feminilização da profissão tem uma data, a documentação aponta que esta se deu a partir do advento da enfermagem moderna; essa mudança certamente está relacionada a outras transformações que ocorreram na maneira de ser, nas expectativas e nas atribuições esperadas do pessoal da enfermagem e, ainda, se relaciona com as transformações dos papéis sociais de gênero, o que nos faz entender a exclusão dos homens e refletir sobre a construção do ideário pelo qual a profissão vem se norteando (Mott, 1999).

Quanto à formação profissional, quase 70% da população estudada tiveram contato com o tema álcool e outras drogas somente na aula destinada a essa problemática, na disciplina de saúde mental; a maioria não frequentou palestras ou outro tipo de capacitação sobre o tema e alegou que este não foi abordado em nenhuma outra disciplina da graduação até aquele momento, sendo que 60% da amostra estavam no terceiro ano da graduação. Esses dados são congruentes com estudos (Vadlamudi et al., 2007; Lemos et al., 2007) que apontam uma deficiência no currículo da graduação no que se refere ao ensino da temática, uma vez que a carga horária destinada ao tema é restrita.

Lopes e Luis (2005) encontraram que o conteúdo sobre dependência química não era sistematizado entre as disciplinas da grade curricular. Era

ministrado majoritariamente nas disciplinas que envolvem saúde mental, com uma carga horária que não permite habilitar o enfermeiro para o desempenho adequado de suas funções no que tange a essa problemática.

Este fenômeno não é exclusivo do Brasil - estudos realizados em outros países (Sullivan, Handley, 1992; Pols et al., 1993; Rassool, 2008) também revelaram que a ocorrência de conteúdos dispensada à temática das substâncias psicoativas nos currículos de enfermagem é inadequada.

Esses autores (Vadlamudi et al., 2007; Lemos et al., 2007; Lopes, Luis, 2005) apontam ainda que a má formação pode perpetuar crenças e atitudes acerca desses pacientes, assim como de perspectivas quanto ao tratamento, desconforto em discutir o assunto, entre outras limitações que agem como barreiras, impedindo a oportunidade de diagnosticar e intervir.

No que se refere à experiência profissional, aproximadamente 97% dos estudantes nunca exerceram atividade profissional na enfermagem; 62,5% não tiveram contato prévio com o paciente alcoolista, e mais da metade da amostra tem parentes próximos ou amigos que sofrem com problemas relacionados ao abuso de substâncias químicas. O fato de a maioria dos estudantes não ter experiência profissional e já ter tido contato com dependentes químicos - seja em relacionamentos pessoais ou durante o estágio - está relacionado com a prevalência desta problemática na sociedade, bem como com a capacidade de identificação da questão pelos estudantes de enfermagem.

O fato de não ter experiência profissional prévia influencia diretamente os resultados desse estudo, já que a escala a ser validada foi desenvolvida após análise de dados colhidos entre diferentes profissionais da saúde que vivenciaram o cuidar de pacientes portadores de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Esse dado é importante por considerar o conceito de atitude multidimensional, em que uma nova experiência ou um novo comportamento emitido pode criar um estado de inconsistência entre os três componentes atitudinais, de forma a resultar uma mudança de atitude (Gil, 2006).

O reconhecimento da dependência química é apontado como uma dificuldade em razão da falta de preparo dos profissionais para perceber a

doença e sua relação com as patologias clínicas, o que impede o diagnóstico e, por conseguinte, o tratamento e a reabilitação do usuário (Lucca e Vargas, 2006). Entre os motivos sugeridos por Cruz e Silva (2005) como responsáveis pela dificuldade no diagnóstico precoce encontram-se os preconceitos moralistas, a extensão de negação de problemas de dependência na própria família, as atitudes negativas e pessimistas em relação ao tratamento de usuários de álcool e drogas, o conhecimento inadequado e habilidades práticas pouco desenvolvidas.

6.2 VALIDAÇÃO DA EAFA-e

Este estudo pretendia validar a versão da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolista e ao Alcoolismo para uso entre profissionais da saúde (Vargas, 2011), entre estudantes de enfermagem; para tanto, os dados foram submetidos a uma Análise Fatorial exploratória.

A análise fatorial trata-se de uma técnica estatística multivariada que, além de possibilitar a criação de um conjunto menor de fatores, permite conhecer a dimensionalidade do instrumento, ou seja, verificar quantos fatores do objeto ou construto o instrumento mede, na realidade (Pasquali, 2003). Um dos problemas decorrentes da Análise Fatorial, segundo Artes (1998), é a interpretabilidade dos fatores, já que a primeira solução oferecida pelos programas estatísticos geralmente não fornece fatores que permitam uma interpretação adequada. Nesses casos, outras soluções equivalentes a esta, do ponto de vista da explicação da variabilidade dos dados, devem ser obtidas, e isto pode ser feito por meio da “rotação” dos fatores.

Na “Rotação Varimax”, os eixos dos fatores são rotados para uma posição na qual a soma da variação das cargas fatoriais seja a máxima possível. A explicação para realização da Rotação Varimax seria, então, a obtenção de fatores constituídos de um menor número de itens com maior índice possível de covariância item-fator, permitindo-se, assim, obter fatores mais facilmente interpretáveis (Artes, 1998).

A exclusão dos itens da EAFA-e com comunalidade inferior a 0,25 resultou na retirada de 29 itens. E a escala final ficou constituída por 25 itens, divididos em dois fatores.

Segundo Pasquali (1999), a análise fatorial produz para cada item uma carga fatorial que indica covariância entre o item e o fator; e para que um item represente bem um fator comportamental, é necessário que tenha carga fatorial de no mínimo 0,3 (positivo ou negativo). Segundo esta teoria, os itens que compõem a EAFA-e são bons representantes dos fatores; em outras palavras, representam satisfatoriamente o traço latente mensurado, já que superam a carga mínima exigida de 30% de covariância. No fator 1, a carga fatorial mínima encontrada corresponde a 0,5 e a máxima é de 0,71; já no fator 2, a carga fatorial mais baixa é 0,35, sendo que somente 4 itens entre os 14 que integrem este fator possuem carga fatorial abaixo de 0,50. Este resultado corrobora os estudos anteriores, que avaliaram as qualidades psicométricas da EAFAAA e confirmaram ser esta um instrumento unidimensional, ou seja, que mede um único construto (Vargas,2005; Vargas e Luis,2008; Vargas,2011).

São decorrências dos procedimentos que envolvem análise fatorial a descaracterização de alguns fatores originais e a criação de outros, fato constatado ao submeter a EAFAAA a esta técnica de análise. A versão da escala utilizada era composta por dois fatores; o número de fatores se manteve o mesmo, mas houve alterações na alocação dos itens entre os Fatores.

Observou-se que o Fator 1 - que na versão anterior (Vargas, 2011) era denominado "*Bebida alcoólica e o alcoolista*" - na versão validada para estudantes (EAFA-e) passou a remeter majoritariamente ao Alcoolista.

Quando se observa a composição desse Fator, verifica-se que 6 itens (02, 06, 11, 16, 21, 36) são remanescentes do fator 1 da escala validada entre profissionais da saúde "*A bebida alcoólica e o alcoolista*", e 5 itens (54, 69, 82, 83 e 68) estavam alocados no Fator 2 da versão inicial "*O trabalho e o relacionamento com o alcoolista*" (Vargas, 2011); no total, o Fator 1 da EAFA-e ficou constituído por 11 itens.

O fator 2, que na versão anterior abordava o subgrupo de atitudes referentes ao trabalho e o relacionamento com o alcoolista, na versão da escala para estudantes está predominantemente relacionado com a etiologia, as repercussões do alcoolismo e os aspectos relacionados ao cuidar de pacientes alcoolistas. A nova composição do Fator 2 integra 12 itens (04, 07, 08, 12, 13, 18, 19, 22, 28, 32, 38, 42) oriundos do Fator 1 da Versão original (Vargas, 2011), e somente 2 itens (47 e 70) são remanescentes do fator 2 “O trabalho e o relacionamento com o alcoolista” da versão original (Vargas, 2011).

O Fator 1 na primeira versão da EAFAAA (Vargas, 2005) se ocupava em conhecer as opiniões, sentimentos e percepções a respeito das características comportamentais e psíquicas do alcoolista, bem como o trabalhar e o relacionar-se com esse paciente. Na escala validada entre profissionais de saúde, utilizada neste estudo, o fator 1 refere-se a como o respondente concebe o alcoolista, suas percepções e opiniões frente ao uso do álcool, envolvendo suas possíveis causas e consequências. Na escala validada com estudantes de enfermagem (EAFA-e), o fator 1, apesar de assumir novas conformações, continua mensurando o subgrupo de atitudes relacionadas ao alcoolista, o que inclui as características desse paciente e agrega 3 itens (69, 82, 83) relacionados a como o respondente concebe o alcoolista diante do cuidado; esse subgrupo de atitudes na versão anterior estava alocado no Fator 2, o qual se referia à questão humana das atitudes bem como aos fatores que desencadeiam o beber excessivo. Dada a nova configuração apresentada nesse estudo, o Fator 1 da versão da EAFA-e denomina-se **“O alcoolista e o cuidado”**.

No fator 2 desta escala, encontram-se itens que fazem alusão a questões que desencadeiam o beber excessivo; em menor quantidade, itens (04, 18, 19, 08) que se referem às consequências desse beber e, por fim, 2 itens (28 e 38) que se referem ao trabalho com esse paciente, sendo estas as únicas questões que tiveram sua origem no fator 2 da versão original “O trabalho e o relacionamento com o alcoolista”. De acordo com as características apresentadas, o fator 2 da versão da EAFA-e é denominado:

“A etiologia, as repercussões do alcoolismo e o relacionamento com o alcoolista”.

Ao analisar os itens que foram excluídos e a forma como os itens remanescentes se comportaram perante a análise fatorial, percebemos que a maioria dos itens que envolviam o subgrupo de atitudes referentes ao relacionamento com o paciente foi excluída; foram remanescentes desta categoria poucos itens que tratam do cuidar, e esses itens ficaram separados entre os dois fatores, sendo que o cuidar, no que tange ao comportamento do paciente, se enquadrou no fator 1 “O alcoolista e o cuidado”, e o que se remete ao preparo e atuação da equipe de cuidado frente a esse paciente se enquadrou no fator 2 “A etiologia e as repercussões do alcoolismo e o relacionamento com o alcoolista”.

De maneira geral, os itens remanescentes na EAFA-e são originários do Fator 1 “A bebida alcoólica e o alcoolista” da versão original, havendo uma diminuição dos itens que se relacionavam às atitudes frente ao cuidado e ao relacionamento com essa clientela. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que a maioria dos estudantes respondentes dessa escala (62,5%) informou não ter tido experiências quanto ao cuidar e ao relacionamento com esses pacientes, até aquele momento do curso de graduação.

Mesmo com a redução de aproximadamente 50% dos itens da versão original, a EAFA-e continua abordando os fatores ou subgrupos de atitudes para os quais foi concebida originalmente (Vargas, 2005), quais sejam, o fator moral (itens 02, 06, 11, 16, 21, 36, 54, 68), doença (04, 08, 18, 19), etiológico (07, 12, 13, 22, 32, 42, 47, 70) e profissional (28, 38, 69, 82, 83), garantindo-se, mesmo com a redução de itens, o oferecimento de uma escala que contempla os principais grupos de atitudes.

Segundo a literatura (Reckase, 1979), a unidimensionalidade de uma escala é considerada satisfatória quando o primeiro Fator explicar pelo menos 20% da variância total do instrumento. Observou-se que o Fator 1 da EAFA-e explicou 19% da variância total. Resultado diferente do encontrado nas validações anteriores, em que se observaram valores de variância maiores nos primeiro fator, 23% (2005) 23,2% (2008); entretanto, essa

porcentagem de variância explicada não compromete os resultados, já que o valor observado está muito próximo daquele considerado suficiente. Além disso, a EAFA-e continua confiável para mensuração das atitudes pelo fato de ter apresentado bons índices de confiabilidade. Uma das explicações para esse resultado pode ser o fato da redução do número de itens do primeiro fator - de 32, na versão inicial, para 11, na EAFA-e. É provável que um número menor de itens tenda a explicar também uma menor variação.

De acordo com Polit, Beck e Hungler. (2004), a confiabilidade de uma medida estatística é o critério mais importante para avaliar sua qualidade. Para verificação da confiabilidade interna da EAFA-e, utilizou-se o coeficiente Alfa de Crombach. Com relação à confiabilidade da EAFA-e, o resultado verificado corroborou os resultados relacionados à análise da carga fatorial e superou a limitação encontrada na variância, permitindo afirmar com maior segurança que a EAFA-e trata-se de um instrumento unidimensional, pois a confiabilidade do instrumento na íntegra obteve um índice α de 0,83, considerado satisfatório para utilização, visto que apresentou um índice de confiabilidade/fidedignidade acima do ponto de corte definido pela literatura: de 0,70 (Streiner, Norman, 2003; Pasquali, 1999; Artes, 1998; Hogan, 2006).

Para realizar a validade de construto dos instrumentos, dentre outros deve ser feita uma série de estudos inter-relacionados, a fim de verificar, de forma empírica por meio de testes estatísticos, as construções teóricas e a relação entre as variáveis a serem medidas (Litwin, 2002). A fim de seguir esta orientação, foi realizada a análise da confiabilidade na escala na íntegra, com seus 28 itens sem subdivisão de fatores; posteriormente, a mesma análise foi realizada no instrumento dividido em 2 fatores, considerando-se cada fator de forma isolada.

Quanto à confiabilidade de cada um dos Fatores, a análise de consistência do Fator 1 da EAFA-e “O alcoolista e o cuidado” apresentou alfa de crombach = 0,81, enquanto no fator 2 “A etiologia e as repercussões do alcoolismo e o relacionamento com o alcoolista” o alfa foi de 0,80.

Considerando os parâmetros observados na Análise Fatorial e na Análise de Consistência Interna, técnicas recomendadas para demonstrar a

adequação da representação do construto pelo teste, ou seja, a validade de construto deste, pode-se dizer que a EAFA-e teve sua validade de construto constatada. Isto evidenciou que se trata de um teste de qualidade, em outras palavras, de uma escala confiável com qualidades psicométricas satisfatórias e adequadas que permitem afirmar que a escala está validada também para estudantes de enfermagem e, portanto, é capaz de mensurar as atitudes dessa população frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, de acordo com os pressupostos da TCT.

A escala utilizada adotou a recomendação de alteração semântica de alguns dos itens negativos a fim de torná-los positivos, sem perder sua característica psicométrica (Vargas, 2011); e, após ser submetida à análise fatorial, superou uma limitação da EAFAAA, que era uma escala negativa e nesta validação para os estudantes de enfermagem mostrou-se equilibrada, com 48% de itens positivos. Totalizaram-se 12 itens positivos, com 4 encontrados no fator 1 e 8, no fator 2.

Pode se dizer que 13 itens da escala são positivamente orientados, o que significa que, quanto maior for o desacordo do sujeito em relação ao item, mais positiva será sua atitude. Sendo assim, para analisar os dados coletados com este instrumento, os itens negativos (06, 11, 12, 19, 32, 36, 38, 42, 47, 54, 58, 82, 83) devem ser avaliados com valores invertidos, ou seja, 5 = 1, 4 = 2, 3 = 3, 2 = 4 e 1 = 5.

Nessa versão, dois itens tiveram sua semântica alterada, 82 e 83, ambos pertencentes ao fator 1. Esse procedimento foi adotado a fim de facilitar a compreensão pelo respondente e evitar expressões idiomáticas (*o pó do ser humano*), o que pode dificultar a tradução para outros idiomas. O item 82 “Quando o alcoolista está consciente logo vem com sacanagem” foi apresentado na escala como **“Mesmo consciente, o alcoolista desrespeita a equipe de saúde”**. O item 83 “Quando o alcoolista chega ao hospital ele já está o pó do ser humano” foi apresentado da seguinte forma: **“Quando o alcoolista chega ao atendimento, ele está em péssimas condições de saúde”**.

O anexo 5 apresenta a EAFAAA em sua versão final, com os 25 itens divididos em 2 fatores com a semântica alterada nos itens acima indicados.

Itens importantes para mensurar as atitudes frente ao alcoolista e o trabalho com essa clientela na percepção do respondente (Item 03 - O alcoolista é um doente e item 81- Devo cuidar do alcoolista mesmo que ele não queira) foram excluídos na análise fatorial. Sugere-se que esses itens sejam considerados na aplicação da EAFA-e em novas amostras, no intuito de verificar se realmente eles não apresentam correção com nenhum dos fatores, já que sua manutenção no instrumento é desejável.

Sugere-se que estudos que utilizem a EAFA-e sejam realizados, uma vez que permitiriam a generalização dos dados e pela possibilidade de se encontrar maior variância explicada no primeiro fator (igual ou maior que 20%). É recomendada também a realização da análise fatorial confirmatória, a fim de aprimorar as qualidades psicométricas deste instrumento.

Os resultados da validação da EAFA-e devem ser considerados no contexto de algumas limitações, quais sejam, o primeiro fator justificou 19% da variância total, valor que, apesar de muito próximo ao desejável - 20%, não foi atingido. A validação da EAFA-e é referente ao grupo estudado, ou seja, envolveu estudantes de enfermagem de uma única universidade e de uma região geográfica limitada. Apesar da impossibilidade de generalização dos dados, vistas essas limitações, pode-se considerar que as conjecturas do presente trabalho refletem, de certa maneira, a atitude esperada dos estudantes de enfermagem. Contudo, estes resultados culminam na disponibilização de uma escala confiável com potencial de contribuir para a produção do conhecimento na área, além de fornecer subsídios capazes de respaldar propostas no âmbito da formação de futuros enfermeiros frente à problemática das substâncias psicoativas, em particular, o álcool.

Dentre os avanços deste estudo, destaque-se o desenvolvimento uma escala que possibilita mensurar as atitudes dos estudantes de enfermagem frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, a EAFA-e, com características psicométricas adequadas e demonstradas.

A EAFA-e superou as limitações da EAFAAA por resultar em um instrumento prático, que demanda pouco tempo para ser respondido, com carga equilibrada de itens negativos e positivos. As vantagens originais da

escala, mantidas após validação com estudantes de enfermagem, tais como o fato de abordar os principais fatores que envolvem as atitudes e ter sido desenvolvida no Brasil - não necessitando, portanto, de tradução nem de adaptação cultural -, colaboram para que a EAFA-e seja a escala de escolha quando se deseja conhecer as atitudes dos estudantes de enfermagem frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

Uma vez que o estudo das atitudes dos estudantes de enfermagem não constituiu o foco principal do trabalho, e sim a validação da EAFAAA com essa população, os resultados obtidos com sua aplicação serão convertidos em novas pesquisas e contribuirão para identificar a atual situação das atitudes de uma amostra significativa de graduandos de enfermagem de uma universidade pública do estado de São Paulo.

Conclusões

7 CONCLUSÕES

O processo de validação de construto da EAFAAA, numa população de estudantes, resultou no instrumento EAFA-e e traz avanços para o desenvolvimento desse instrumento brasileiro. Os resultados obtidos segundo os parâmetros estatísticos para as medidas de variáveis psicossociais confirmaram que o instrumento é unidimensional e apresenta qualidades psicométricas satisfatórias, sendo, portanto, capaz e útil para mensurar as atitudes de estudantes de enfermagem frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, com comprovada confiabilidade. Sugere-se que esse estudo seja reproduzido em novas amostras de estudantes de enfermagem oriundos de outros contextos, com vistas a verificar se as qualidades psicométricas evidenciadas nesta pesquisa se mantêm.

Referências

REFERÊNCIAS

- Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11):2309-19.
- Artes R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5):223-8.
- Babor T, Caetano R, Caswell S, Edwards G, Giesbrech N, Grahan K, et al. *Alcohol: no ordinary commodity: The global burden of alcohol consumption*. Oxford: University Press 2003. p. 57-92.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/ Ministério da Saúde. Brasília; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em Dados 10. Brasília; 2012.
- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil – 2005. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional; 2006.
- Carraro TE, Rassool GH, Luis MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(n. esp): 863-71.
- Casswell S, Thamarangsi T. Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet* (serial on the internet). 2009 (cited 2010 Jan 7)2009; 373:2247-57.
- Cavas CST, Bunchaft G. *Sob medida - um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações*: São Paulo: Vetor; 2002.
- Chordorkoff B. Alcoholism education in a psychiatric institute. II student nurses: relationship of personal characteristics, attitudes toward alcoholism and achievement. *Q. J. Studies Alcohol*. 1969; 30: 657- 64.
- Cruz MS, Silva Filho JF. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo habitus de cuidado. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(2):120-6.

Davidhizar R, Golightly J. Student nurse change attitudes toward alcoholic clients. *Alcohol Health Res. Wld.* 1983; 3: 37-38.

Edwards G. O tratamento do alcoolismo: uma guia para profissionais da saúde. 4ª Edição; Porto Alegre: Art Med, 2005.

Feigebaum JC. Changes of senior baccalaureate nursing students' perceptions of individuals who are substance misusers. *Addict. Nurs.* 1995; 7(3): 90-5.

Ferneau EW, Morton EL. What student nurse think about alcoholic patients and alcoholism. *Nursing.* 1967; 15(10): 40-41.

Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: introduction to theory and research. Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.

Fransworth B, Bairan A. The difference in pre- and postaffiliation attitudes of students nurses toward alcohol and people with alcohol-related problems. *Addict. Nurs.* 1990; 2(3): 23-7.

Gil AC. Métodos e técnicas da Pesquisa Social. 1995. São Paulo: Atlas; 2006.

Gurel M. An alcoholism training programs: Its effect on trainees and faculty. *Nurs Res.* 1976; 25(2): 127-132.

Harlow PE, Goby MJ. Changing nurse student's attitudes toward alcoholic patients: examining effects of clinical practicum. *Nurs. Res.* 1980; 29(1): 50-60.

Harrison AA. A psicologia como ciência social. Trad. de Alvaro Cabral. São Paulo: Cultrix; 1975.

Hogan TP. Introdução à prática de testes psicológicos. Trad. De Luis Antonio Fajardo Pontes. Rio de Janeiro: LTC; 2006.

Isaac S, Michael WB, Handbook in research and evolution: a collection of principles, methods strategies usefull in the planinning designe and evaluation of studies in education and behavioral sciences. California: Edit Publishers; 1971.

Junior AT. Dependência de Drogas. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

Junqueira MAB. Intervenção breve para problemas relacionados ao álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem. [Doutorado]. São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo. 2010.

Krech D, Crutchfield RS, Ballachey EL. O indivíduo na sociedade - um manual de psicologia social. São Paulo: EDUSP; 1969.

Laranjeira R, Hinkly D. Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. *Rev. Saúde Pública* . 2002; 36(4): 455-61.

Laranjeira R. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Revisão técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: SENAD, 2007.

Lemos IBKJ, Penall DA, CordeiroIII BRC, Lima HB, Lopes GT. Fenômeno das drogas: crenças e atitudes dos graduandos de enfermagem. *R Enferm UERJ*. 2007; 15(4): 538-43.

Litwin ES. How to access and interpret survey psychometrics. Thousand Oaks: Sage; 2002. (The survey kit series, 8).

Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurse's and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002;39(4):333-42.

Lopes GT, Luis MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro- Brasil: Atitudes e Crenças. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13 (n.spe):872-879.

Lucca DM, Vargas D. As concepções de enfermeiros de hospital geral frente as questões relacionadas ao álcool e ao alcoolismo. *Rev Bras Enferm*. 2006;5(5):260-6.

Maciel MED. Atitudes dos estudantes de enfermagem frente aos alcoolistas: validação do short alcohol and alcohol problems perception questionnaire. [Mestrado]. São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo. 2011.

Masur J. Conjecturas sobre o uso milenar de bebidas alcoólicas. *Ci Cult*. 1978; 30(5): 531-4.

Meloni J, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004, 26(1):7-10.

Menezes PR. Validade e confiabilidade de escalas de avaliação em psiquiatria. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):214-6.

Mendoza EV, Pillon SC. La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2005; 13(n.spe): 845-53.

Merlos ASG. A aceitação e rejeição do alcoolismo: um estudo com alunos de enfermagem [Mestrado]. São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo. 1985

- Mott ML. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cadernos Pagu*. 1999; 13: 327-355, 1999. Disponível em: <http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/files/n13a11.pdf>
- Navarrete PR, Luis MAV. Actitude de la enfermera de un complejo hospitalario em relacion al paciente alcoholico. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2004. 12(n. esp):420-6.
- Noto AR, Moura YG, Nappo AS, Galduróz JCF, Carlini EA. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. *J Bras Psiquiatr*. 2002;51(2):113-21.
- Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança - relatório sobre a saúde no mundo. Genebra; 2001.
- Pasquali L. Taxonomia dos instrumentos psicológicos: instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM- IBAPP; 1999.
- Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n. esp):992-9.
- Pillon SC. Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo: avaliação de escalas. [Mestrado]. São Paulo. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 1998.
- Pillon SC. Atitude dos enfermeiros com relação ao alcoolismo: Uma avaliação de conhecimentos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2005; 7(3): 301- 305.
- Pillon SC, Luís MAV, Laranjeira R. Atitudes dos Enfermeiros relacionadas ao Alcoolismo. *Revista Nursing*. 2006; 96(9):811-16.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Pols RG, Cape MP, Ashenden R, Bush RA. Proceedings: National Workshop Evaluation of Tertiary Education and Training on Alcohol and Drug Education. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction; 1993.
- Rassool GH. Addiction: future directions and responding to the challenges. complacency or commitment? *J Addict Nurs*. 2008;19(4):179-81.
- Rassool GH, Rawaf S. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students um alcohol and drug education. *Nursing Education Today*. 2008; 20: 691-701

Reckase MD. Unifactor latent trait models applied to multifactor tests: results and implications. *J Educ Stat.* 1979;4:207-230.

Rehn J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol as a Risk Factor for Global Burden of Disease. *Eur Addict Res.* 2003;9:157-64.

Rodrigues A. *Psicologia social*. 12ª ed. Petropolis: Vozes; 1978.

Santos CE, Leite MMJ. O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(2): 154-6.

Sonnenreich C. As causas do alcoolismo. In: Moutinho SS (Org). *Temas de alcoolismo*. São Paulo: Manoele; 1976: 1-10.

Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 3ª ed. New York: Oxford University Press; 2003.

Sullivan EJ, Handley SM. Alcohol and drug abuse in nurses. *Ann Rev Nurs Res.* 1992;10:113-25.

Triandis HC. *Attitude and attitude change*. New York: John Wiley; 1971.

Vadlamudi RS, Adams S, Hogan B, Tiejian W, Wahid Z. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Education in Practice.* 2007; 8(4):290-8.

Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico [Doutorado]. São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo. 2005.

Vargas D, Labate RC. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1): 47-51.

Vargas D, Luis MAV. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. *Rev Lat-Am Enferm.* 2008;16(n. esp): 543-50.

Vargas D, Oliveira MAF, Araújo E. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária a saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(8): 1711-20.

Vargas D . Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)*, v. 45, p. 918-925, 2011.

Vargas D, Oliveira MAF, Duarte FAB. Psychosocial care Center for Alcohol and Drugs (CAPS ad): nursing insertion and practices in São Paulo City, Brazil. *Revista Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(1): 115-122.

Vargas D . Nursing Students Attitudes toward alcohol, alcoholism and alcoholics: a study of a Brazilian sample. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2012; 2(1): 01-08.

Whedall K. Comportamento social: problemas fundamentais e importância social. Trad. de Maria Isabel da Silva Lopes. Rio de Janeiro: ZAHAR; 1976.

World Health Organization. Chisholm D. Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system. 2006. Department of Mental Health and Substance Abuse. WHO, Geneva, 2006.

ANEXO 1 - Versão final da EAFAAA após validação entre profissionais de saúde

Fator 2 “O trabalho e o relacionamento com o alcoolista”.

Concordo totalmente

Concordo em parte

Estou em dúvida

Discordo em parte

Discordo totalmente

54	Os alcoolistas nunca aprenderam as responsabilidades da vida adulta.	1	2	3	4	5
63	O alcoolismo é um vício irreparável.	1	2	3	4	5
65	O paciente alcoolista acaba sempre voltando ao serviço com o mesmo problema.	1	2	3	4	5
67	Considero paciente alcoolista o mais difícil de lidar.	1	2	3	4	5
69	O alcoolista é um paciente que nunca dá retorno do cuidado.	1	2	3	4	5
71	O alcoolista é uma pessoa de difícil contato.	1	2	3	4	5
73	Eu tenho medo de abordar o problema do alcoolismo com o paciente.	1	2	3	4	5
76	Sinto-me frustrado quando trabalho com alcoolistas	1	2	3	4	5
75	Eu tenho medo da agressividade do alcoolista.	1	2	3	4	5
78	Quando trabalho com o alcoolista, não sei como conduzir a situação.	1	2	3	4	5
79	Para atender o alcoolista, é preciso contê-lo.	1	2	3	4	5
80	Penso que alcoolistas dão muito trabalho para a profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
81	Devo cuidar do alcoolista, mesmo que ele não queira.	1	2	3	4	5
82	Quando o alcoolista está consciente, logo vem com sacanagem.	1	2	3	4	5
83	Quando o alcoolista chega ao hospital, ele já está o pó do ser humano.	1	2	3	4	5
47	Problemas sociais e econômicos desencadeiam o beber excessivo	1	2	3	4	5
64	Pessoas sem emprego fixo desenvolvem o alcoolismo.	1	2	3	4	5
66	Filhos de alcoolistas têm tendência a serem alcoolistas.	1	2	3	4	5
68	Pessoas mal resolvidas se tornam alcoolistas.	1	2	3	4	5
70	Pessoas insatisfeitas abusam do álcool.	1	2	3	4	5
74	Penso que alcoolistas têm problemas financeiros.	1	2	3	4	5
35	Eu sou contra o uso do álcool em qualquer momento.	1	2	3	4	5

Fator 1: “ A Bebida alcoólica e o alcoolista

Concordo totalmente

Concordo em parte

Estou em dúvida

Discordo em parte

Discordo totalmente

06	Alcoolistas não têm bom senso.	1	2	3	4	5
11	O alcoolista é grosso, agressivo e mal-educado.	1	2	3	4	5
16	O alcoolista é um irresponsável.	1	2	3	4	5
21	O alcoolista é um chato e pegajoso.	1	2	3	4	5
26	Os Alcoolistas são pacientes violentos.	1	2	3	4	5
31	O alcoolista bebe sem a preocupação do que vai acontecer depois.	1	2	3	4	5
36	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.	1	2	3	4	5
02	Alcoolistas são revoltados.	1	2	3	4	5
07	Penso que fatores hereditários influenciam no abuso do álcool.	1	2	3	4	5
12	Alcoolistas são pessoas que buscam na bebida soluções para problemas afetivos.	1	2	3	4	5
22	O álcool é usado como fuga.	1	2	3	4	5
32	Penso que todo o alcoolista têm algo mal resolvido.	1	2	3	4	5
42	A falta de autocontrole leva ao alcoolismo	1	2	3	4	5
03	O alcoolista é um doente.	1	2	3	4	5
08	Percebo que o alcoolista tem baixa auto-estima.	1	2	3	4	5
13	Os alcoolistas são pessoas psicologicamente abaladas.	1	2	3	4	5
18	O alcoolista é um indivíduo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica	1	2	3	4	5
23	O alcoolismo é uma doença.	1	2	3	4	5
28	A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista.	1	2	3	4	5
33	Não adianta ser agressivo com o paciente alcoolista.	1	2	3	4	5
38	É preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista.	1	2	3	4	5
43	O alcoolista deve ser encaminhado ao para tratamento.	1	2	3	4	5
04	O alcoolista extrapola a ponto de prejudicar a própria vida	1	2	3	4	5
09	Percebo o alcoolista como alguém marginalizado.	1	2	3	4	5
14	O indivíduo que bebe fica desorientado.	1	2	3	4	5
19	Penso que o álcool prejudica as funções mentais.	1	2	3	4	5
5	Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem.	1	2	3	4	5
10	A bebida alcoólica é agradável e traz bem-estar.	1	2	3	4	5
15	O uso de bebida alcoólica é algo normal.	1	2	3	4	5
20	Penso que beber uma dose de uísque é considerado beber social.	1	2	3	4	5
25	A bebida em qualquer quantidade vai deixar o indivíduo dependente.	1	2	3	4	5
30	Beber com moderação não é prejudicial.	1	2	3	4	5

ANEXO 2 - Questionário Sócio demográfico.

1) Sexo

☐ M ☐ F

2) Idade _____

3) Atualmente você está cursando qual ano da graduação em enfermagem?

☐ 2º ano ☐ 3º ano

4) Já exerceu atividade profissional na área da enfermagem?

☐ Sim ☐ Não

5) Já teve experiência com alcoolistas?

☐ sim ☐ não

6) Essa experiência foi durante o estágio?

☐ sim ☐ não

7) Possui parentes ou amigos próximos que tenham problemas relacionado ao uso do álcool?

☐ sim ☐ não.

8) Durante a disciplina ENP 252 o seu contato com o conteúdo álcool e drogas se deu:

☐ Somente na aula sobre Transtornos comportamentais relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas

☐ Assisti à aula sobre Transtornos comportamentais relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas e fiz estágio no CRATOD

☐ Não estive presente na aula este dia e fiz estágio em outro serviço.

9) Participou de treinamento, palestra ou disciplina sobre o álcool?

☐ sim ☐ não

10) O tema álcool e drogas foi abordado em alguma outra disciplina?

☐ sim ☐ não

ANEXO 3 – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 29 de fevereiro de 2008

Il.^{mo} Sr.
Prof. Dr. Divane de Vargas

Ref.: Processo nº 710/2008/CEP-EEUSP

Prezado Senhor:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Atitudes de estudantes de enfermagem frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa: **Atitudes de estudantes de enfermagem frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**”. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou na participação desse evento.

O objetivo desse é verificar a sua opinião sobre o uso do álcool, o alcoolista e o alcoolismo. Sua participação será de grande valor para este estudo, pois terei a oportunidade de verificar qual a atitude dos estudantes com relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

Se concordar em participar da pesquisa, você terá que completar uma escala com algumas questões sobre o álcool, o alcoolismo e o paciente alcoolista. Como responsável por esse estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais e de indenizá-lo (a) se por ventura sofrer algum prejuízo físico ou moral por causa do mesmo.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem da USP em São Paulo-SP, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, – 2º andar – Telefone: 3061-7548 – e-mail: edipesq@usp.br

Você está recebendo duas vias desse termo, assim, se estiver clara para você a finalidade desse estudo e concorda em participar, por favor, assine abaixo, devolvendo essa via juntamente com os questionários respondidos e permaneça com a segunda via.

Desde já meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

Divane de Vargas COREn/SP 80884

Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419/244 São Paulo/SP 054015-040

Fone: (11) 3061-7604

ASS:_____RG:_____

São Paulo____de_____de 20__

ANEXO 5 - Versão final da EAFA-e

Fator 1 - “ O alcoolista e o cuidado”

Concordo totalmente _____
 Concordo em parte _____
 Estou em dúvida _____
 Discordo em parte _____
 Discordo totalmente _____

06	Alcoolistas não têm bom senso.	1	2	3	4	5
11	O alcoolista é grosso, agressivo e mal-educado.	1	2	3	4	5
16	O alcoolista não é um irresponsável.	1	2	3	4	5
36	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.	1	2	3	4	5
21	O alcoolista não é um chato e pegajoso.	1	2	3	4	5
02	Alcoolistas não são revoltados.	1	2	3	4	5
54	Os alcoolistas nunca aprenderam as responsabilidades da vida adulta.	1	2	3	4	5
69	O alcoolista é um paciente que dá retorno do cuidado.	1	2	3	4	5
82	Mesmo consciente, o alcoolista desrespeita a equipe de saúde	1	2	3	4	5
83	Quando o alcoolista chega para atendimento, ele está em péssimas condições de saúde.	1	2	3	4	5
68	Pessoas mal resolvidas se tornam alcoolistas	1	2	3	4	5

Fator 2- “Etiologia e repercussões do alcoolismo e o relacionamento com o alcoolista”

Concordo totalmente _____
 Concordo em parte _____
 Estou em dúvida _____
 Discordo em parte _____
 Discordo totalmente _____

07	Penso que fatores hereditários influenciam no abuso do álcool.	1	2	3	4	5
12	Alcoolistas são pessoas que buscam na bebida soluções para problemas afetivos.	1	2	3	4	5
22	O álcool não é usado como fuga.	1	2	3	4	5
32	Penso que todo alcoolista tem algo mal resolvido.	1	2	3	4	5
42	A falta de autocontrole leva ao alcoolismo.	1	2	3	4	5
08	Percebo que o alcoolista tem boa autoestima.	1	2	3	4	5
13	Os alcoolistas são pessoas psicologicamente abaladas.	1	2	3	4	5
18	O alcoolista é um indivíduo que não consegue controlar sua ingestão alcoólica.	1	2	3	4	5
04	O alcoolista não extrapola a ponto de prejudicar a própria vida.	1	2	3	4	5
19	Penso que o álcool prejudica as funções mentais.	1	2	3	4	5
47	Problemas sociais e econômicos desencadeiam o beber excessivo.	1	2	3	4	5
70	Pessoas insatisfeitas não abusam do álcool.	1	2	3	4	5
28	A equipe precisa de treinamento para trabalhar com o alcoolista.	1	2	3	4	5
38	É preciso tomar cuidado ao trabalhar com o paciente alcoolista.	1	2	3	4	5