UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DO “*SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA*”

CRISTIANE GIFFONI BRAGA

Orientadora: Prof. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

SÃO PAULO

2004

CRISTIANE GIFFONI BRAGA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DO “*SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA*”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor.

SÃO PAULO

2004

Catálogo na publicação (CIP)
Serviço de Biblioteca e Documentação da EEUSP

Braga, Cristiane Giffoni

Construção e validação de um instrumento para avaliação do “*Sentimento de Impotência*” / Cristiane Giffoni Braga. - São Paulo: C. G. Braga; 2004.

241 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof. Dr^a. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz.

1. Diagnóstico de enfermagem 2. Construção do teste 3. Validade do teste 4. Controle interno-externo. I. Título.

A essência do cuidar em Enfermagem só será atingida pela conjugação da expressão arte e ciência do cuidado, ou seja, se aliarmos conhecimentos, bases teórico-científicas, experiência e pensamento crítico à compreensão de nós mesmos, cuidadores, e, conseqüentemente, do outro, ser cuidado, respeitando seu subjetivismo, suas respostas psicossociais, sua percepção de ser e estar na dimensão cuidado, oportunizando o crescimento do cuidador e do ser cuidado pela relação interpessoal, promovendo, mantendo ou recuperando a dignidade e totalidade humana.

Cristiane

Dedico este trabalho

Aos meus pais, Célio e Marta, a quem devo meu existir e minha formação.

Ao tio Moacyr, “in memoriam”, eternamente presente em minha vida. Tenho certeza de que está presente aqui, nesse momento tão importante. Devo essa chegada a você, “meu paulista de residência”, “mineiro de coração”. Quantas saudades!

À “Sô”, minha doce amiga, companheira de todas as horas.

À minha irmã gêmea Adriane, meu cunhado “predileto” Beto, e à minha amada afilhada Vanessa.

Um agradecimento especial

Ao meu amor, Antonio
Marcio, meu namorado,
companheiro, amigo e
confidente.

Obrigada pela dedicação e
carinho, pelas horas em
que soube "ouvir" e soube
"amar".

Aos dois eternos amores da
minha vida:

Como é realizador ser sua filha

É minha fortaleza

Lutador incansável sempre a me dar segurança

Inteligência que me faz admirá-lo e ser sua fã n°1

Orgulho que sinto por ser sua filha e você simplesmente
o que é - meu pai.

Minha rocha, minha bússola, meu porto seguro

Amor incondicional, inabalável, verdadeiro e puro

Referência de bondade, doação, carinho e compreensão nas ausências e nos
momentos alegres e tristes

Tão grande fé que me sustenta, me anima e me conduz
sempre a DEUS

Amada sempre será, por ser você, simplesmente o que é - minha mãe.

Meu profundo agradecimento

A DEUS, pelo meu existir, pela presença constante em minha caminhada, por revelar-se em minha vida como verdade única e certeza inquestionável.

A Prof Dr^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, por ter dado forma aos meus ideais, por todo seu carinho, dedicação, paciência e amizade. Ser novamente sua orientanda foi uma honra. Obrigada pelos ensinamentos constantes, por me fazer "Doutora em Enfermagem".

Ao Prof Dr. José Vítor da Silva, pelo compartilhar de conhecimentos, enriquecendo minha formação, pelo seu apoio, discernimento, e incentivo tão determinantes no meu crescimento.

Ao Dr. Francisco Sales de Almeida, meu "amigo do coração", pelos momentos de escuta e palavras carinhosas de incentivo, dando-me coragem.

À Irmã Lucyla Junqueira Carneiro e à Irmã Maria Marly Simões, pelo apoio, incentivo, compreensão e amizade.

À Tamara Iwanow Cianciarullo, exemplo profissional, com competência ímpar sempre me estimulou para que olhasse mais longe, de cabeça erguida, e enxergasse além do que as coisas pareciam ser. Obrigada pelo carinho e pelo interesse em me seguir nessa trajetória, mesmo que distante.

Às enfermeiras que atuaram como “juizes”, pela valiosa contribuição, compartilhando suas experiências.

A administração dos Hospitais envolvidos neste estudo, por permitir a realização das etapas de coleta de dados.

Aos pacientes que participaram das etapas de coleta de dados, pela acolhida, atenção e disponibilidade.

À Irmã Maria do Carmo Costa, “amiga do coração”, elo infinito de amizade e energia que me irradia. Eu a tenho como exemplo de vida.

Aos professores da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, em especial, às profas Miako Kimura, Sônia Aurora Alves Grossi, Estela Regina Ferraz Bianchi, Maria Júlia Paes da Silva, Cibeles Andruccioli

de Mattos Pimenta, que nos momentos mais difíceis foram sempre presentes, positivas e carinhosas, com uma palavra amiga e com um sorriso que transmitia força.

Às colegas Ivandira Anselmo Ribeiro Simões e Maria Isabel Marques Pereira, pela amizade e por terem assumido meu trabalho em minha ausência.

Às amigas "Carla Calonico", "Donatta Coradi", "Hellen de Lima" e "Ana Paula Matias", minhas "irmãs de coração", pela acolhida em São Paulo, pela força e pelo incentivo. Não tenho palavras para agradecer os gestos e demonstrações de amizade.

Ao corpo docente e funcionários da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz - EEWB, pelo incentivo e colaboração, em especial à Hosana de Jesus Mira.

À Rejane Augusta de Oliveira Figueiredo e Valéria Troncoso Baltar, pelo apoio estatístico e amizade.

À Mariângela Dieb Farah, pela amizade, acolhida e competência profissional.

Aos alunos do 3º e 4º períodos de 2002 do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz - EEWB, pelo incentivo, pelo respeito, por acreditar na minha vitória.

Aos funcionários da pós-graduação, em especial, Ieda R. Stavarengo e Tieko Fuggi, e do serviço de informática Marcos Antonio da Silva Löw, pela atenção, amizade e solicitude no atendimento de nossas não raras solicitações.

Aos funcionários do Serviço de Biblioteca e Documentação de Enfermagem da EEUSP, pela prontidão, em especial, a Nadir Aparecida Lopes, Betânia Maria de Lima Silva, Tereza Cristina Moreira de Oliveira, Juliana Akie Takahashi, Neide Bombeiro Filet e Alaíde Moura de Oliveira.

À Prof Rosa Maria Campos Gonçalves, pela atenção e disponibilidade na revisão de português.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro durante esta trajetória.

A todos os profissionais com os quais aprendi que a busca dos sonhos é algo possível quando é partilhada e que a procura do conhecimento é o caminho do crescer.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	2
1.1. Interesse pelo tema	4
1.2. Justificativa do estudo	5
1.3. O Conceito de <i>Sentimento de Impotência</i>	13
1.3.1. Diagnósticos de enfermagem e outros conceitos relacionados ao de <i>Sentimento de Impotência</i>	21
1.4. Modelo de <i>Sentimento de Impotência</i>	40
2. OBJETIVOS	46
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO	48
3.1. Procedimentos teóricos	56
3.1.1. Sistema Psicológico	56
3.1.2. Propriedade	56
3.1.3. Dimensionalidade	57
3.1.4. Definição	57
3.1.5. Operacionalização	57
3.1.6. Análise teórica dos itens	60

3.2. Procedimentos empíricos	61
3.2.1. Planejamento da aplicação	62
3.2.2. Aplicação e coleta	62
3.3. Procedimentos analíticos	62
3.3.1. Dimensionalidade	62
3.3.2. Análise dos itens	63
3.3.3. Precisão da escala	64
3.3.4. Estabelecimento de normas	66
4. MÉTODO	69
4.1. Tipo de estudo	69
4.2. Procedimentos teóricos	69
4.3. Procedimentos empíricos	80
4.3.1. Local	81
4.3.2. Amostra	82
4.3.3. Coleta de dados	83
4.3.3.1. Procedimentos de coleta	83
4.3.3.2. Instrumento	83
4.3.4. Aspectos éticos	86
4.4. Procedimentos analíticos	87
4.4.1. Seleção dos itens	87
4.4.2. Propriedades psicométricas	89
4.4.2.1. Análise da confiabilidade do instrumento	89
4.4.2.2. Análise da validade do instrumento	90
5. RESULTADOS	93

5.1. Construção do instrumento	93
5.1.1. Procedimentos teóricos	93
5.1.1.1. Identificação do construto Sentimento de Impotência e suas dimensões no modelo de White, Roberts (1993)	94
5.1.1.2. Definição constitutiva	94
5.1.1.3. Definições operacionais	95
5.1.2. Procedimentos empíricos e analíticos	123
5.1.2.1. Seleção dos itens para o instrumento de <i>Sentimento de Impotência</i>	124
5.1.2.2. Propriedades psicométricas do instrumento para avaliação do <i>Sentimento de Impotência</i>	136
5.1.2.2.1. Confiabilidade	137
5.1.2.2.2. Validade	143
6. DISCUSSÃO	152
7. CONCLUSÃO	168
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
ANEXOS	174
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	216
APÊNDICES	233

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	Modelo de <i>Sentimento de Impotência</i> mostrando as quatro áreas de perda controle pessoal.	41
FIGURA 2-	Teoria e Procedimentos para construção de escalas psicológicas (Pasquali, 1998).	55
FIGURA 3-	As quatro dimensões de perda de controle pessoal como componentes do construto de <i>Sentimento de Impotência</i> .	94
FIGURA 4-	Gráfico de dispersão obtido no teste-reteste.	142
FIGURA 5-	“Box-plots” dos escores obtidos no teste-reteste.	142
FIGURA 6-	“Box-plots” dos resultados obtidos com os grupos em relação às respostas quanto ao grau de controle na situação e à pontuação média de <i>Sentimento de Impotência</i> .	145

LISTA DE TABELAS

TABELA 1–	Características definidoras do <i>Sentimento de Impotência</i> identificadas na literatura segundo fontes e as suas respectivas “fusões”.	95
TABELA 2–	Termos das características definidoras e suas definições segundo autores para a definição dos referentes empíricos do conceito de <i>Sentimento de Impotência</i> .	98
TABELA 3–	Referentes empíricos oriundos das características definidoras do diagnóstico de <i>Sentimento de Impotência</i> .	101
TABELA 4–	Itens relacionados ao <i>Sentimento de Impotência</i> , construídos para este estudo (111 itens).	102
TABELA 5–	Itens a serem submetidos à validação (129 itens) e as respectivas dimensões do construto <i>Sentimento de Impotência</i> .	107
TABELA 6–	Resultados do julgamento dos juízes sobre os 129 itens e as respectivas médias de concordância.	111

TABELA 7–	Itens retidos após análise de conteúdo pelos juízes, com suas respectivas dimensões (54 itens).	114
TABELA 8–	Itens retidos após julgamento de adequação e suas respectivas dimensões (23 itens).	116
TABELA 9–	Itens apresentados na primeira sessão de teste de inteligibilidade (23 itens).	117
TABELA 10–	Itens apresentados na segunda sessão de teste de inteligibilidade (22 itens).	120
TABELA 11–	Itens para a quarta sessão do teste de inteligibilidade (21 itens).	123
TABELA 12–	Características demográficas da amostra.	124
TABELA 13–	Frequência de respostas aos 21 itens do instrumento de <i>Sentimento de Impotência</i> .	125
TABELA 14–	Estatísticas descritivas dos escores totais dos grupos com escores totais extremos* (sobre os 21 itens).	127

TABELA 15–	Resultados do teste t aplicado sobre as médias dos escores dos grupos extremos em cada item (21 itens).	128
TABELA 16–	Confiabilidade dos 21 itens do instrumento de <i>Sentimento de Impotência</i> .	129
TABELA 17–	Matriz obtida pela análise de componentes principais sobre 16 itens.	130
TABELA 18–	Coefficientes de confiabilidade sobre os 7 itens do primeiro fator.	131
TABELA 19–	Coefficientes de confiabilidade sobre os 5 itens do segundo fator.	133
TABELA 20–	Coefficientes de confiabilidade sobre os 3 itens do terceiro fator.	133
TABELA 21–	Síntese das análises estatísticas nos 21 itens do instrumento de <i>Sentimento de Impotência</i> .	134
TABELA 22–	Itens do instrumento para avaliação do <i>Sentimento de Impotência</i> .	136

TABELA 23–	Coeficientes de correlação item-total e alfa se o item for excluído sobre os 12 itens.	137
TABELA 24–	Matriz obtida pela análise de componentes principais sobre os 12 itens.	138
TABELA 25–	Coeficientes de correlação item-total e alfa se o item for excluído do fator 1.	139
TABELA 26–	Coeficientes de correlação item-total e alfa se o item for excluído do fator 2.	139
TABELA 27–	Coeficientes de correlação item-total e alfa se o item for excluído do fator 3.	140
TABELA 28–	Medida de Kappa para os 12 itens.	141
TABELA 29–	Distribuição da estatística descritiva da validade de construto (convergente).	143
TABELA 30–	Valores de p resultantes das comparações múltiplas dos escores totais médios segundo categorias de respostas quanto ao grau de controle sobre a situação.	144

TABELA 31–	Matriz obtida pela análise de componentes principais sobre os 12 itens.	146
TABELA 32–	Matriz da análise fatorial sobre 30 itens (12 do instrumento de <i>Sentimento de Impotência</i> e 18 da escala de <i>locus</i> de controle).	148
TABELA 33–	Estatísticas descritivas dos escores na Escala de <i>Locus</i> de controle e em Internalidade total.	149
TABELA 34–	Estatísticas descritivas dos escores (transformados) nas subescalas de <i>Sentimento de Impotência</i> .	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	- Análise de Variância
CHLC	- Chance Health Locus of Control
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DP	- Desvio-padrão
ICC	- Item Characteristic Curve
IHLC	- Internal Health Locus of Control
IRT	- Item Response Theory
IVC	- Índice de validade de conteúdo
KMO	- Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy
NANDA	-North American Nursing Diagnosis Association
PHLC	- Powerful Others Health Locus of Control
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Braga CG. Construção e validação de um instrumento para avaliação do “*Sentimento de Impotência*”. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

RESUMO

Sentimento de impotência é um conceito aceito como um foco clínico da prática de enfermagem. Os objetivos deste estudo foram: desenvolver e testar uma medida de *sentimento de impotência* para pacientes adultos; verificar se o *sentimento de impotência* é um construto distinto do de *locus* de controle e analisar a associação entre *sentimento de impotência* e *locus* de controle. Os itens foram desenvolvidos a partir das dimensões do modelo de impotência de White, Roberts (1993) e das características definidoras de impotência, segundo a North American Nursing Diagnosis Association. A validade de conteúdo foi afirmada para 23 itens pelo julgamento de seis juízes, segundo critérios estabelecidos por Pasquali (1998). Teste de inteligibilidade foi realizado com 25 pacientes e 21 itens foram retidos. O instrumento foi testado com 210 pacientes adultos de unidades médico-cirúrgicas para seleção de itens, confiabilidade e validade. Pela análise de itens, nove deles foram descartados. Os 12 itens remanescentes foram testados quanto à confiabilidade e à validade. Três subescalas geradas pela análise fatorial (Capacidade de Realizar Comportamentos, Capacidade de Tomar Decisões e Resposta Emocional ao Controle das Situações) não confirmaram o modelo de White, Roberts e demonstraram consistência interna entre 0,58 e 0,85. O alfa total foi 0,80. Estimativas iniciais de validade de critério e de construto foram obtidas com associações entre o instrumento desenvolvido e uma afirmação geral sobre a percepção de controle ($p < 0,000$) e correlação daquele com escores de internalidade gerados a partir dos escores na Escala de *Locus* de Controle na Saúde ($p = -0,33$). Os itens da escala de *Locus* de Controle na Saúde foram bem discriminados dos itens de *sentimento de impotência* pela análise fatorial, sugerindo conceitos distintos. Com refinamento o instrumento de Medida do *Sentimento de Impotência* para pacientes adultos servirá de base para avaliar essa resposta psicossocial, definir e apreciar intervenções clínicas propostas para melhorar o conforto emocional de pacientes adultos.

PALAVRAS-CHAVE: *sentimento de impotência*, diagnóstico de enfermagem, *locus* de controle, psicometria, construção do teste.

Braga CG. Construction and validation of the instrument for assessment powerlessness. [thesis]. São Paulo (SP): University of São Paulo, School of Nursing; 2004.

ABSTRACT

Powerlessness is a concept accepted as clinical focus of nursing practice. The aims of this study were: to develop and test a measure of powerlessness in adult patients; to verify whether powerlessness is a construct distinct from locus of control and to analyse the association between powerlessness and locus of control. Items were developed from the powerless dimensions of the White, Roberts (1993) model and from the defining characteristics of powerlessness according to the North American Nursing Diagnosis Association (2002, 2003). Content validity was supported for 23 items through the rating of six experts following criteria established by Pasquali (1998). Intelligibility test was performed in 25 patients and 21 items were retained. The instrument was tested with 210 adult patients of medical-surgical wards for item selection, reliability and validity. Through item analysis nine items were discarded. The remaining 12 items were tested for reliability and validity. Three subscales generated by factor analysis (Ability to Perform Behaviors, Ability to Make Decisions and Emotional Responses to Personal Control) did not confirm the White, Roberts model, and demonstrated internal consistency ranging from .58 to .85. Total scale alpha was .80. Initial estimates of criterion-related and construct validity were documented with associations between the developed measure and a general statement on personal control perception ($p < .000$), and correlation with internality scores generated from scores on Health Locus of Control Scale ($p = -.33$). Items of Health Locus of Control were well discriminated from the powerlessness items through factor analysis, suggesting they are distinct concepts. With refinement the Measure of Powerlessness for Adult Patients will provide a basis for assessing this psychosocial response, definition and evaluating clinical interventions designed to enhance the emotional comfort of adult patients.

KEY WORDS: powerlessness, nursing diagnosis, locus of control, psychometry, test construct.

1. INTRODUÇÃO

"Perceber o imperceptível"

**"O sentir é anterior ao pensar, e
compreende aspectos perceptivos
(internos e externos) e aspectos
emocionais. Antes de ser razão,
seres humanos são emoção".**

Duarte Jr.

Um dos primeiros aprendizados no Curso de Graduação em Enfermagem é o de estarmos atentos ao paciente "holisticamente" e a tudo o que ocorre a nossa volta, ou seja, que utilizemos entre os nove instrumentos básicos de enfermagem, a observação e a comunicação verbal e não-verbal. Esses instrumentos básicos alicerçam a enfermeira na execução do cuidado de enfermagem, pautado em princípios profissionais e procedimentos técnicos, através de uma inter-relação pessoal e de uma ação integrada ao meio, visando a assistir o paciente "holisticamente", enfim, "perceber o imperceptível".

"Perceber o imperceptível" é a arte de realmente perceber o paciente como um todo e não apenas parte dele (Sá, 2001. p.11). É compreender não só suas respostas orgânicas, mas as psicossociais e emocionais não ditas e, freqüentemente, expressas por gestos, palavras e olhares.

Todavia, no cenário clínico da enfermagem, observa-se, muitas vezes, a prática centrada mais no aspecto instrumental da profissão, em detrimento do expressivo.

Deixa-se de perceber "o imperceptível", o que foge à rotina e aos procedimentos técnicos que envolvem o cuidado ao paciente, como se suas "necessidades / respostas psicossociais e emocionais" não fizessem parte do planejamento de intervenções de enfermagem.

Tal observação inquietou-me e me impulsionou a pesquisar as “necessidades / respostas psicossociais e emocionais” dos pacientes na literatura científica, como ao longo do mestrado, atingindo o ápice no doutorado.

Evidenciei nessa busca de conhecimentos alguns pesquisadores, partícipes e observadores desta realidade, que se incumbiram de produzir estudos científicos abordando as respostas psicossociais e emocionais dos pacientes como foco de atenção no cuidado de enfermagem (Ribeiro & Furegato, 2003; Sá, 2001; Boff, 1999; Waldow, 1998; Maria, 1997; Braga, 1997; Caffrey, Caffrey, 1994; Lutjens, 1993; Ferreira, Hisamitsu, 1993; Silva, Kina, Shiotsu, 1992; Silva, Stefanelli, Meneghin, 1990; Matos, Carvalho, Stefanelli, 1988; Cordeiro et al, 1986; Santo, 1985; Kyes, Hofling, 1985; Travelbee, 1979; Koizumi, Cianciarullo, 1978; Gonçalves, 1979; Horta, 1979; Manzolli, 1978; Orlando, 1978; Kamiyama, 1972).

Tal fato pactuou com o meu interesse pelo tema e mais o acentuou.

1.1. Interesse pelo tema

O interesse pelos aspectos psicossociais do cuidado de enfermagem decorre do cenário descrito anteriormente, de minha experiência como enfermeira e como docente na área de Fundamentos de Enfermagem, da atuação em ensino clínico com alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. Esse interesse foi reforçado por observações e experiências clínicas vivenciadas com pacientes cardiopatas e pacientes de unidades médico-cirúrgicas, que manifestavam insegurança e falta de controle sobre o meio e com a situação de saúde, além de estudos científicos, chegando a culminar com a minha dissertação de mestrado, que versou sobre o diagnóstico de enfermagem - *powerlessness* - impotência.

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) reconheceu a resposta impotência - no original *powerlessness* - como pertinente à enfermagem e a incluiu em sua classificação em 1982 (Gordon, 1994. p.379).

Na versão brasileira da Classificação da NANDA de 2002 (NANDA, 2002. p.124) esse diagnóstico foi traduzido como *impotência*. Observações não sistemáticas nos têm indicado que freqüentemente esse termo é confundido com resposta pertinente à função sexual, o que nos motivou a sugerir que a tradução para a língua portuguesa seja modificada para *sentimento de impotência*. Entendemos que, enunciado dessa forma, o título do diagnóstico remete o conceito para a área psicossocial, distanciando-o da área de função sexual. Por essa razão, neste estudo, utilizaremos o termo *sentimento de impotência* para designar o original *powerlessness*.

Sentimento de impotência foi definido como “a percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato” (NANDA, 2002. p.124, 2003, p.141).

1.2. Justificativa do estudo

As experiências profissionais vivenciadas com pacientes adultos, internados em unidades médico-cirúrgicas, levam a observar que o *sentimento de impotência* é uma das respostas psicossociais expressivas nos pacientes e importante de ser considerada no cuidado dispensado ao paciente adulto. As enfermeiras necessitam de conhecimento articulado para, deliberadamente, incluir essa resposta como possível foco clínico. Por isso, a produção de conhecimento sobre o *sentimento de impotência* como possível resposta a problemas de saúde é importante para fundamentar o cuidado de enfermagem ao paciente adulto em clínicas médico-cirúrgicas.

Considerando a escassez de produção científica sobre o tema, um dos objetivos de nossa dissertação de mestrado (Braga, 1999) foi identificar a frequência do *sentimento de impotência* em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Dos 75 (100%) pacientes estudados, 44 (58,7%) apresentaram manifestações compatíveis com *sentimento de impotência*. A carência de publicações de pesquisas sobre esse diagnóstico impediu qualquer comparação dos resultados desse estudo. Nele, a compatibilidade das manifestações observadas com o *sentimento de impotência* foi julgada mediante as experiências e conhecimentos da autora e sua

orientadora. Nesse processo de julgamento foram aplicadas estratégias para limitar as possibilidades de erro que demandaram considerável investimento de tempo. Essa experiência confirmou a necessidade de estudos clínicos que forneçam indicativos empíricos sobre as manifestações características do *sentimento de impotência*, de forma que o julgamento na prática clínica seja facilitado e o conhecimento seja desenvolvido.

A acurada identificação do *sentimento de impotência* é imprescindível na clínica, porque é uma resposta psicossocial que ocorre nos pacientes e que pode ser modificada por intervenções de enfermagem. Porém, muitas vezes, essa identificação torna-se difícil. É uma resposta altamente subjetiva, complexa, envolve fatores multidimensionais que se inter-relacionam como, por exemplo, fatores culturais, características da personalidade, experiências passadas, fatores cognitivos e emocionais; tem alto grau de abstração e, além disso, compartilha seus indicadores com outras respostas humanas.

As iniciativas da NANDA para identificar e nomear essas respostas humanas suscetíveis a ações de enfermagem permitem melhor evidenciar a importância da acurácia no julgamento clínico da enfermeira. Ao apresentar as características definidoras dos diagnósticos aceitos, a NANDA oferece uma proposta sobre os referentes clínicos que podem indicar a presença de cada diagnóstico. No entanto, não se pode perder de vista que o requisito mínimo para um diagnóstico estar na classificação da NANDA, com suas características definidoras e fatores relacionados, é a argumentação teórica consistente, com base na literatura e na descrição de um caso clínico real (NANDA, 2003. p.255-62). Isso significa que os diagnósticos aprovados para a classificação devem ser refinados. Refinar um diagnóstico significa

submetê-lo a testes clínicos que produzam evidências suficientes para garantir a sua validade.

O diagnóstico de *sentimento de impotência* não sofreu modificação em seus componentes (título, definição, características definidoras e fatores relacionados) desde que foi aprovado pela NANDA em 1982.

Desde o início dos trabalhos de classificação dos fenômenos de enfermagem, os profissionais têm sentido a necessidade de validá-los (Fehring, 1987. p.625-9); a validação dos diagnósticos constitui um passo fundamental para o desenvolvimento da ciência de enfermagem. Questionamentos sobre a validade dos diagnósticos de enfermagem são intensificados quando as evidências clínicas (características definidoras) arroladas como pertinentes a uma determinada situação (diagnóstico de enfermagem), segundo uma taxonomia, nem sempre correspondem ao que é observado na prática clínica. Reduzir tais discrepâncias é necessário para dar continuidade ao emprego adequado aos diagnósticos de enfermagem.

Validade de um diagnóstico é o grau com que um conjunto de características definidoras descreve uma realidade que pode ser “observada” nas interações do paciente com o ambiente (Gordon, 1994. p.299). A pergunta que norteia pesquisas de validação de um diagnóstico é: quais observações (que depois se confirmarão como características definidoras) são representações autênticas do que existe na prática clínica? (Gordon, 1994. p.299-300).

A validade de um diagnóstico tem duas dimensões: interna e externa. A validade interna de um diagnóstico é indicada pelo grau com que manifestações observáveis são representações autênticas do que existe na prática clínica.

Validade externa refere-se ao grau com que características definidoras podem ser

legitimamente utilizadas para diagnosticar a mesma condição em diferentes grupos de clientes (Gordon, 1994. p.299).

Análise de trabalhos apresentados em eventos sobre diagnósticos de enfermagem no Brasil identificou que os estudos de validação são incipientes e não explicitam o rigor metodológico necessário a esse tipo de pesquisa (Paula, Stuchi, Carvalho, 1998. p.40).

A necessidade de estabelecer a validade dos indicadores diagnósticos e dos seus fatores relacionados será sempre necessária para o avanço da disciplina enfermagem (Gordon, Sweeney, 1979. p.14; Clark, Craft-Rosenberg, Delaney, 2000. p.541-2; Fehring, 1987. p.629). Isso significa que a validade de um determinado diagnóstico deve ser continuamente questionada porque cada diagnóstico representa um conceito e os conceitos evoluem. A NANDA indica uma série de características do *sentimento de impotência*: falta de controle sobre o autocuidado, ou influência sobre a situação ou sobre o resultado, apatia, depressão relacionada à deterioração física que ocorre apesar de o paciente seguir o regime terapêutico, dúvidas com relação ao desempenho do papel, incapacidade de buscar informações relativas ao cuidado, não monitoramento do progresso, passividade, medo de afastamento dos cuidadores, dependência de outros, não-participação no cuidado ou na tomada de decisão quando são oferecidas oportunidades (NANDA, 1999. p.118, 2003. p.141).

No referido estudo do mestrado (Braga, 1999), utilizamos as características definidoras propostas pela NANDA para guiar a identificação do *sentimento de impotência*. O processo de interpretação dos dados obtidos por entrevista e observação dos pacientes sugeriu que algumas das características propostas pela NANDA podem não ser necessárias para a afirmação diagnóstica, pelo menos para

pacientes semelhantes aos da amostra estudada. Consideramos que se tivéssemos um instrumento, com propriedades psicométricas conhecidas, para avaliar o *sentimento de impotência* em pacientes hospitalizados, os resultados de sua aplicação serviriam de base empírica para refinar esse diagnóstico.

Nossas buscas indicaram que somente um instrumento para essa finalidade foi publicado. Esse instrumento denominado - *Health-Illness (Powerlessness) Questionnaire* - Saúde-Doença - Questionário de Impotência, desenvolvido por Roy em 1977 (APÊNDICE 1) se baseou no conceito de impotência de Seeman e Evans, em 1962, que associa a impotência à alienação e aprendizagem (Roy, 1977. p.147-9).

Os doze itens iniciais que compuseram esse instrumento de percepção de falta de poder e controle no paciente diante de sua doença e hospitalização foram construídos mediante revisão de literatura, instrumentos disponíveis para medidas empregados em pesquisas, experiência da autora, instrumentos construídos na dissertação de mestrado de Grubb's, em 1968, para medir impotência junto às mães de crianças cronicamente doentes e de Boire, em 1976, em sua dissertação de mestrado que versou sobre um estudo de impotência traço e situacional em pacientes hospitalizados.

Roy revisou alguns itens dessas escalas e acrescentou outros, sendo o conjunto desses itens submetido a um pré-teste. O instrumento final ficou com oito itens, sendo aplicado em pacientes em unidades médico-cirúrgicas. No entanto, quanto às propriedades psicométricas e parâmetros principais, a confiabilidade da escala não foi determinada, apenas estabelecida a validade de conteúdo.

Esse instrumento foi desenvolvido e usado em conjunto com o instrumento - *Hospitalized Patient Decision-Making* - Tomada de Decisão pelo Paciente

Hospitalizado (APÊNDICE 2), de autoria da própria Roy, construído em sua dissertação de mestrado em 1976, além de um *check-list* de adjetivos de Zuckerman, da escala de *distress* - angústia e outros instrumentos coletados por Roy em sua dissertação (p.151-3).

O instrumento aparenta ter um potencial para medição do que se propõe, porém, foi sugerida pela autora uma meticulosa avaliação quanto ao rigor psicométrico devido ao emprego deste exclusivamente para conclusão do seu estudo. Segundo Roy (1977. p.147) dados obtidos por esse instrumento e pelo de Tomada de Decisão pelo Paciente Hospitalizado medem variáveis similares, indicando que a impotência está relacionada com o processo de decisão pelo paciente.

Conceitualmente, a variável impotência, no instrumento, é muito similar ao conceito de *locus* de controle interno e externo.

Esse instrumento é auto-administrável, respondido em escala *Likert* de quatro níveis (concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente). Os escores têm pesos de 0,1, 2, 3 para as respostas. O escore do paciente é a soma das respostas e pode variar de 0 a 24. Quanto maior o valor, maior a percepção do paciente de impotência.

Especialmente pelo fato de o instrumento de Roy possuir uma base conceitual semelhante à do *locus* de controle, por não terem sido testadas suas propriedades, por ter sido desenvolvido em cultura diferente da nossa e antes da proposta do diagnóstico de *sentimento de impotência* pela NANDA, resolvemos construir um instrumento para avaliar essa resposta, em lugar de adaptar o de Roy para amostras de população do Brasil.

Entendemos que o *sentimento de impotência* como uma resposta psicossocial, é subjetivo, percebido por parte do paciente em todas as culturas e que pode ser desencadeado por problemas de saúde ou processos de vida.

Essa percepção, por ser subjetiva, requer a aplicação de métodos da psicometria para ser adequadamente avaliada.

Desta forma, este estudo se justifica tanto pela necessidade de maior conhecimento específico sobre o *sentimento de impotência* nos pacientes hospitalizados em clínicas médico-cirúrgicas, quanto pela carência de instrumentos apropriados para sua mensuração.

A construção de um instrumento para medir essa variável psicossocial faz-se *mister* nesse estudo. Para esse fim, temos que compreender o conceito teórico que ela expressa e extrair dessa teoria os possíveis atributos do conceito.

A operacionalização dos atributos do conceito teórico em indicadores clínicos observáveis, outro requisito na construção desse tipo de instrumento, é o que permite produzir itens para compor o instrumento. Para desenvolver um instrumento de medida de variável psicossocial é necessário que o conceito teórico seja movido da abstração em direção à concretude; é necessário identificar dimensões do seu significado para que a mensuração seja viabilizada (Waltz, Strickland, Lenz, 1991. p.29).

Os fundamentos teórico-metodológicos para a construção de instrumentos de medida de variáveis psicossociais estão na Psicometria inserida no contexto da teoria da medida.

Espera-se, assim, contribuir para aprofundar a compreensão sobre o diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* e oferecer subsídios para a implementação de intervenções que visem efetivamente à satisfação das necessidades psicossociais dos pacientes hospitalizados.

Considerando que:

- O adoecer é um processo global e individual que envolve respostas orgânicas e psicossociais;
- A situação dos pacientes internados pode predispor à percepção de falta de controle, favorecendo ou prejudicando a mobilização de recursos pelo próprio paciente em direção ao equilíbrio;
- O caráter clínico de nossa profissão, cujo objeto é o cuidado, exige a identificação e a caracterização de respostas psicossociais - entre elas a resposta psicossocial - *sentimento de impotência* - para que possamos conduzir o cuidado de forma integral e terapêutica;
- O *sentimento de impotência* é um diagnóstico de enfermagem psicossocial de difícil afirmação;
- A NANDA incentiva pesquisas para refinamento dos diagnósticos de enfermagem;
- A psicometria oferece fundamentos para operacionalizar variáveis psicossociais,

este estudo tem a finalidade de construir um instrumento para avaliação do *sentimento de impotência* em pacientes adultos em unidades médico-cirúrgicas.

1.3. O Conceito de *Sentimento de Impotência*

Os conceitos representam a base estrutural do conhecimento em enfermagem (Rodgers, Knalf, 2000. p.285). Segundo Lang, Clark (1992. p.109) a enfermagem, recentemente, tem dado atenção especial às denominações aplicadas aos conceitos pertinentes à clínica de enfermagem, pois, se “não podemos nomear um fenômeno clínico, não podemos controlar, financiar, ensinar, pesquisar ou inseri-lo em políticas públicas”.

A padronização da linguagem só poderá ser refinada se os pesquisadores em enfermagem tiverem firme base nas teorias que fundamentam cada conceito envolvido.

O conceito não é uma palavra, mas a idéia que se expressa por meio de palavras; a palavra, o termo ou a expressão simbolizam aspectos da realidade que podem ser pensados e transmitidos entre as pessoas e servem para identificar o conceito.

Um diagnóstico de enfermagem é um termo ou expressão que se aplica a um conceito. Para ser útil, toda linguagem científica deve garantir que as idéias expressas pelas palavras tenham significado pelo menos semelhante para a maioria daqueles que dela se utilizam. Para que uma classificação de diagnósticos de enfermagem seja útil, é necessário que cada diagnóstico seja continuamente analisado quanto ao conceito que quer designar.

Sentimento de impotência é um diagnóstico de enfermagem aprovado em 1982 pela NANDA, que o define como o “estado no qual o indivíduo tem a percepção de que o que ele pode fazer não altera, significativamente, um resultado; a

percepção da falta de controle de uma situação corrente, ou um acontecimento imediato” (NANDA, 2002. p.124, 2003. p.141).

Powerlessness, traduzido para a língua portuguesa como impotência, remete à qualidade de falta de força ou poder, indicando qualidade de fraco ou débil. O *sentimento de impotência* apresenta-se como: *helplessness* (desamparo), *impuissance* (ausência de força / poder) e *weakness* (fragilidade e debilidade). Também é mencionada como a falta de poder para ser eficaz em uma ação ou incapacidade para captar ou deter algo para seu próprio interesse. O antônimo de impotência é poder (WordWeb 2.1, Freeware version, 2002).

Também o termo *powerless* é encontrado como adjetivo de ineficaz, ausência de poder para tomar atitudes (The oxford english dictionary, 1999. p.399). Segundo o Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa (Cunha, 1986. p.428) o termo ‘impotência’ é derivado do termo ‘poder’ e se origina do latim *impotentiae* do século XVI (p.428). Poder, nesse mesmo Dicionário (p.428), como verbo, expressa ‘ter a faculdade de’ ‘ter possibilidade de’; como substantivo masculino expressa ‘direito de deliberar’, ‘faculdade’.

Pode-se destacar nestas definições que as idéias de poder e controle estão sempre presentes.

Para Hawks (1991. p.755-8), poder é a habilidade ou capacidade, real ou potencial, para alcançar objetivos por processos interpessoais. O mesmo autor e Raatikainen (1994) destacam as diferenças conceituais entre *o poder para* e *o poder sobre*. O *poder para* refere-se à efetividade das ações, inclui a habilidade (competência) para alcançar objetivos, o significado pessoal de atingi-los e a capacidade para desempenhar papéis. É visto como um processo interpessoal que

envolve participação de duas ou mais pessoas em que o objetivo e o significado para atingi-lo são mutuamente desenvolvidos e definidos.

O *poder sobre* é visto como um construto intrapessoal e significa a habilidade ou a capacidade para influenciar o comportamento e decisões dos outros, levando-os a obedecer ou conformar-se com a submissão. Envolve luta para dominar ou para recuperar-se de uma posição inferior para uma posição superior; tem uma força direcionada ou um impacto. Abrange controle, competição, autoritarismo e liderança, (Hawks, 1991. p.754; Raatikainen, 1994. p.424).

Em outra perspectiva, poder é a habilidade da pessoa para influenciar o que acontece com ela (Miller, 1992a. p.5). May (1972), citada por Miller (1992a. p.4), descreveu cinco tipos de poder: explorador, manipulador, competidor, nutritivo e integrativo. Ao tratar do poder no conceito de impotência, Miller (1992a) assume como relevante o “poder nutritivo” definido em termos de poder para prover e cuidar de si mesmo, dirigindo as outras pessoas no que diz respeito ao próprio autocuidado e emitindo sempre a última palavra nas decisões sobre o cuidado (May, 1972 *apud* Miller, 1992a). Com o senso de poder vem a habilidade de a pessoa realizar mudanças ou preveni-las (Miller, 1992a. p.4).

Nystrom, Segesten (1994. p.126) identificaram cinco fatores que antecedem o poder:

- 1- situação com mais de uma pessoa,
- 2- orientação de que o poder é positivo,
- 3- autoconfiança,
- 4- habilidades de poder, tais como: confiança, comunicação, conhecimento, cuidado, respeito e cortesia,

5- posse de, pelo menos, uma das quatro fontes de poder: informação, referência, conhecimento especializado e válido.

O controle, segundo Seeman (1999. p.1-8), refere às crenças pessoais de domínio, sendo empregado como sinônimo de *locus* de controle. Reflete as crenças individuais a respeito do poder de uma pessoa para atingir e/ou influenciar os resultados; sendo uma característica inerente ao ser humano.

No contexto da teoria da aprendizagem social de Bandura (1977), o controle não somente permite ao paciente direcionar ou influenciar uma situação ou evento, como afeta sua percepção de controle no ambiente de cuidados em saúde. Situações estressantes que podem ser controladas ou percebidas como controladas são potencialmente vistas como menos ameaçadoras, enfatizando o controle subjetivo e individual (Dennis, 1987. p.151).

Cada pessoa tende a manter o controle sobre os eventos em sua vida. A necessidade de controle pessoal não termina quando o paciente é hospitalizado; em vez disso, a necessidade pessoal de controle usualmente é intensificada em situações de dependência de cuidado (White, Roberts, 1993. p.127).

Tal fato é corroborado por Dennis (1987. p.151) que complementa que a relação entre controle, ansiedade e estresse interfere de acordo com cada indivíduo e sua subjetividade, no sentir-se com controle, nas suas características pessoais e nos traços da personalidade, refletindo distintamente na percepção de controle diante de uma hospitalização.

O controle pessoal serve para melhor delinear os limites ou a separação entre a pessoa e o meio (Moch, 1988. p.120). A falta de controle envolve a diminuição no

senso de ordem, de uniformidade ou de estrutura originados de um poder pessoal. O controle e a falta de controle podem ser vistos como ondas ou movimentos rítmicos que se movem em um processo dinâmico entre pessoa e meio. A interpretação da percepção de controle pela pessoa refletirá em sua saúde, com momentos de percepção de controle e outros de percepção de falta de controle, afetando seu funcionamento holístico (p.121).

Usando os termos “poder” e “controle” como sinônimos, Miller (1992a. p.9-14) assume o pressuposto de que existem fontes de poder inerentes à própria pessoa. Categoriza-as da seguinte forma: *vigor físico, resistência psicológica e suporte social, autoconceito positivo, energia, conhecimento e discernimento, motivação e sistema de crença*. O *vigor físico* refere-se tanto à capacidade individual para um ótimo funcionamento físico quanto à reserva física. Quando qualquer sistema corporal de uma pessoa for atingido por uma enfermidade, seu poder individual para agir será menor. Assim, podemos afirmar que o estado do vigor físico influenciará diretamente o senso de poder do paciente. A *reserva física* é a capacidade do corpo para manter o equilíbrio ao se confrontar com ameaças ou demandas extras.

A *resistência psicológica* refere-se a uma fonte de poder de recuperação (*resiliency*) presente, exclusivamente, no ser humano. A despeito das crises, das enfermidades e da incerteza do dia-a-dia, alguns pacientes são capazes de manter equilíbrio psicológico. Para alguns, os eventos, que poderiam ser vistos como ameaçadores, são interpretados com significados positivos ou fortalecedores.

O *suporte social* refere-se à qualidade dos vínculos nos relacionamentos, à integração social, às oportunidades que a pessoa tem para estabelecer laços, à

reconfirmação de seu valor, ao senso de aliança confiável e à percepção de receber apoio de pessoas nas quais deposita confiança (Weiss, 1974 *apud* Miller, 1992a).

O *autoconceito* é o conjunto dos pensamentos e sentimentos do indivíduo sobre ele próprio (Rosenberg, 1979 *apud* Miller, 1992a). Os componentes do *autoconceito* incluem o “eu” físico (auto-imagem), o “eu” funcional (desempenho de papéis), o “eu” pessoal (eu moral; eu ideal; expectativas sobre si mesmo) e a auto-estima (Driever, 1979 *apud* Miller, 1992a).

Energia é a capacidade de um sistema para desempenhar um trabalho; energia potencial é a energia armazenada. Precisa haver equilíbrio entre o consumo e produção de energia, que, no ser humano pode ser obtida pelos nutrientes, água, repouso e motivação. A energia é consumida para recuperar ou corrigir estados físicos, para lidar (to cope) com as demandas da vida diária e com o estresse não usual. O desenvolvimento pela aprendizagem, pelo trabalho e pelo brinquedo também consome energia (Ryden, 1977 *apud* Miller, 1992a).

O conhecimento é um “provedor estrutural” que diminui a incerteza Mishel, Braden (1988. p.99) e permite o desenvolvimento de um mapa cognitivo para interpretação dos eventos, admitindo às pessoas atribuir significados aos eventos relativos à saúde (Turk, 1979 *apud* Miller, 1992a). Dessa forma, o *conhecimento* e o *discernimento* sobre o que está acontecendo consigo mesmo permitem que o paciente sinta maior controle da situação, constituindo-se em fonte de poder.

A teoria da *motivação*, baseada na competência e autodeterminação, foi revisada por Deci (1976) *apud* Miller (1992a). Esta teoria propõe desenvolver o senso de controle do doente sobre si e sobre o ambiente. A eficácia da teoria refere-se à capacidade do indivíduo de manipular o meio não apenas para satisfazer suas

necessidades básicas (por exemplo: comer, conforto), mas para sentir-se realizado, satisfeito, competente e autodeterminado (Deci, 1976 *apud* Miller, 1992a). A motivação é, portanto, uma fonte de poder.

O *sistema de crenças* abrange a crença em Deus para prover força e capacidade para lidar com o estresse, a crença nos regimes terapêuticos, a crença nos cuidadores e a crença em si mesmo, que é ter confiança nas próprias capacidades. Configura-se, portanto, em fonte de poder (Miller, 1992a).

Quando essas fontes de poder estão íntegras, o *sentimento de impotência* não é um problema, porque o paciente desenvolve a percepção de maior controle sobre a situação (Miller, 1992a. p.9). O oposto da percepção de controle pessoal é o *sentimento de impotência* (Wetherbee, 1995. p.37).

Para Kedy (1989. p.309) *sentimento de impotência* é a falência da adaptação. Para clarificar o conceito, o autor faz uso da estrutura conceitual de Roy - Modelo de Adaptação. Neste modelo, o paciente é visto como parte integrante do sistema interativo que responde ao meio. Quando sua adaptação é ameaçada, o objetivo das intervenções de enfermagem é manipular partes do sistema para promover e aumentar essa adaptação. A enfermeira interage com o paciente dentro de quatro subsistemas para facilitar a adaptação, a saber: subsistema de necessidades fisiológicas, de autoconceito, de desempenho de papéis, e de independência.

A adaptação no subsistema de necessidades fisiológicas envolve mudanças fisiológicas frente as respostas do meio, tal como aumento da frequência cardíaca em uma atividade física. O subsistema de autoconceito é definido pela percepção de si próprio como resultado da interação com outros. Um exemplo é a confiança. O subsistema de desempenho de papéis revela como o indivíduo responde à sociedade,

incluindo o papel de esposo, trabalhador. E, por último, o subsistema de independência, subsistema relacionado com as interações interpessoais, ou seja, como o indivíduo obtém ajuda e apoio de outros do meio.

Muitos fatores contribuem para a resposta de *sentimento de impotência* como os fatores ambientais, separação da família, rotinas hospitalares frente aos problemas agudos ou crônicos de doença e perdas pessoais (Kedy, 1989). Um dos desafios da enfermagem é determinar o correto diagnóstico a ser feito para o paciente. Para tanto, as enfermeiras, segundo esse autor, devem decidir se a perda de controle é um fator crítico ou meramente relacionado.

A utilização do termo *powerlessness* - *sentimento de impotência* - sem a adequada clarificação do conceito que quer expressar dificulta o estabelecimento de hipóteses válidas. Podemos observar o uso confuso dos termos: *helplessness* (desamparo) e de *lack of control* (falta de controle) (Barry, 1996. p.171-2). Reid (1984. p.378) empregou *helplessness* como *no personal control* (ausência de controle pessoal) independente da idéia de *powerlessness* (*sentimento de impotência*); Kedy (1989) relaciona *powerlessness* com outros diagnósticos como *grief* (angústia), *alteration in self concept* (alteração no autoconceito), *ineffective coping* (enfrentamento ineficaz) e *hopelessness* (desesperança) (p.325-8).

Vários diagnósticos da NANDA podem ser confundidos com o diagnóstico de *sentimento de impotência*. São exemplos: sentimento de pesar antecipado, sentimento de pesar disfuncional, imagem corporal perturbada, enfrentamento ineficaz, desesperança, baixa auto-estima crônica, baixa auto-estima situacional e controle ineficaz do regime terapêutico.

A seguir, tentaremos extrair pontos comuns entre esses diagnósticos, outros conceitos e o de *sentimento de impotência*.

1.3.1. Diagnósticos de enfermagem e outros conceitos relacionados ao de *Sentimento de Impotência*

Grieving anticipatory, Grieving dysfunctional - sentimento de pesar antecipado/
sentimento de pesar disfuncional:

Sentimento de pesar antecipado é definido como “respostas e comportamentos intelectuais por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades desenvolvem o processo de modificar o autoconceito baseado na percepção de perda potencial”(NANDA, 2002. p.201).

Já o sentimento de pesar disfuncional é a “utilização prolongada e malsucedida de respostas intelectuais e emocionais por meio das quais indivíduos, famílias e comunidades tentam desenvolver o processo de modificar o autoconceito baseado na percepção da perda” (NANDA, 2002. p.202).

O sentimento de pesar antecipado ou disfuncional e o *sentimento de impotência* envolvem perdas; daí serem confundidos na afirmação diagnóstica. Quando a decisão impera entre os dois diagnósticos, a enfermeira deve identificar e julgar se o paciente reponde a perdas, reais ou potenciais, ou se a falta de controle individual é mais importante que o próprio pesar. A seleção do diagnóstico mais acurado é influenciada pela adequada interpretação das respostas do paciente, características pessoais e história pessoal e pregressa (Kedy, 1989. p.325).

Esses diagnósticos de enfermagem também têm algumas características definidoras comuns: comportamento retraído, inabilidade para cumprir ou desempenhar atividades de vida diária, sentimentos de perdas, inabilidade para tomada de decisões, dependência, expressão de culpa, raiva, dúvida, tristeza (NANDA, 2002. p.201-2, 2003. p.83-4).

Disturbed body image - imagem corporal perturbada:

Segundo a NANDA (2002. p.122, 2003. p.18), a imagem corporal perturbada é definida como “a confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa”.

Para Souto (1999), o *self* é definido como “tudo que a pessoa percebe como lhe pertencendo ou sendo próprio ou, ainda, como a percepção global que a pessoa tem de si mesma”. Para Tamayo, segundo essa autora, as funções perceptivas e ativas do *self* são apenas didaticamente separadas. Elas fazem parte de um mesmo fenômeno e são intimamente ligadas. Tamayo traduz *self* como autoconceito. Ainda referendando a autora, é citado que Carpenito identifica a imagem corporal como um dos componentes do autoconceito e afirma que uma perturbação no autoconceito pode ser decorrente de mudanças no conceito de imagem corporal da pessoa (p.17-8).

Self concept (autoconceito) e *powerlessness* (sentimento de impotência) estão inter-relacionados de maneira complexa. Autoconceito é definido como pensamento subjetivo, referindo-se a sentimentos sobre si próprio (Kedy, 1989. p.326). O conceito de autoconceito inclui imagem corporal, desempenho de papéis, idealização do *self* e auto-estima. Quando um indivíduo vivencia o *sentimento de*

impotência, este sentimento altera o autoconceito pela mudança na percepção pessoal nessas dimensões acima citadas.

Miller (1992. p.10) identificou um positivo autoconceito como fonte de poder do paciente quando este ajuda atenuar os efeitos de *sentimento de impotência*.

A distinção entre estes diagnósticos pode ser um desafio à enfermagem.

As características definidoras para alteração do autoconceito são: imagem corporal incluindo sentimentos negativos com relação ao corpo, preocupação com mudanças ou perdas, sentimentos de ilusão, não tocar na parte do corpo afetada, não-funcionante.

A decisão diagnóstica se agrava devido a presença de sentimentos negativos, *feelings of helplessness* (sentimentos de desamparo), *hopelessness* (desesperança) ou *powerlessness* (*sentimento de impotência*), que também estão incluídos entre as características definidoras de imagem corporal perturbada.

Portanto, é importante discernir que no diagnóstico imagem corporal perturbada, o termo “corpo” é o núcleo desse diagnóstico. Ou seja, para afirmar a presença diagnóstica consideram-se três aspectos que têm que estar “perturbados” na pessoa, a saber: o modo como seu corpo é ou está, como ela gostaria que ele fosse e como ele é para os outros, segundo sua percepção.

Em suma, nesse diagnóstico a imagem corporal pode ser considerada como uma imagem mental que a pessoa guarda do seu próprio corpo. Numa situação ou num evento que a tenha afetado orgânica ou socialmente através de relações interpessoais, esse diagnóstico se torna presente. Há um padrão de resposta e de mecanismo de enfrentamento que estimula uma ação, porém, de forma inadequada para lidar com os sentimentos resultantes do evento provocador.

Por outro lado, no diagnóstico *sentimento de impotência*, a pessoa se percebe sem alternativas, ou seja, sente que sua ação não afetará um resultado, decorrente de um evento ou situação. Há uma falta de controle sobre a situação ou acontecimento imediato. Nesse caso, não há um enfrentamento, mesmo que inadequado. O núcleo desse diagnóstico é o termo “controle”.

Ineffective coping - enfrentamento ineficaz:

Este diagnóstico pode ser, de certa forma, confundido com o diagnóstico *sentimento de impotência*.

Enfrentamento ineficaz é definido como a “incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e /ou incapacidade para utilizar os recursos disponíveis” (NANDA, 2002. p.110, 2003. p.45).

Algumas características definidoras são similares às do *sentimento de impotência* como: incapacidade de atender às expectativas do papel, falta de comportamento direcionado a objetivos / resolução de problemas, incapacidade para lidar com informações e satisfazer necessidades básicas (NANDA, 2002, 2003).

Embora guardem similaridades, cabe ressaltar que no diagnóstico *sentimento de impotência*, a pessoa não consegue controlar o acontecimento ou a situação atual; sente que suas ações não afetarão um resultado. Já no diagnóstico enfrentamento ineficaz, há um enfrentamento por parte da pessoa, uma escolha para agir, porém inadequada para lidar com a situação atual.

Hopelessness - desesperança:

O diagnóstico de enfermagem *hopelessness* (desesperança) foi aceito pela NANDA em 1986. É definido como um “estado subjetivo no qual o indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor” (NANDA, 2002. p.88, 2003. p.90).

Desesperança e *sentimento de impotência* estão intimamente relacionados e diferenciá-los é também um desafio para a enfermagem.

Quando o *sentimento de impotência* persiste, desencadeia sentimentos de desesperança. O *sentimento de impotência* contribui para a baixa de auto-estima e depressão, e, conseqüentemente, instala-se o estado de desesperança (Kedy, 1989. p.311).

A desesperança é descrita por Kylmä, Julkunen-Vehviläinen, Lähdevirta (2001) como um colapso mental com subcategorias implícitas tais como: ausência de esperança, de desejo, estando sem possibilidades, sem significado de vida e sem energia. Esses autores ainda acrescentam que a desesperança é um processo dinâmico e flutuante, oriundo da esperança no sentido de crença na existência de possibilidades frente a uma situação presente ou futura. Uma vez não existindo a esperança, o paciente entra no quadro de desespero e deste caminha para a desesperança (p.360).

As características definidoras de desesperança para a NANDA (2002, 2003) são: passividade, verbalização diminuída, falta de iniciativa, falta de envolvimento no cuidado, permissão passiva do cuidado, resposta a estímulos diminuída,

indicações verbais de conteúdo desesperançado, por exemplo, “não consigo”, suspiro, afeto diminuído.

Segundo Drew (1990. p.333) o pensamento de um indivíduo depressivo direciona-se a atitudes negativas sobre si mesmo, sobre o meio e sobre o futuro. Uma atitude negativa direcionada ao futuro é a desesperança, forte indicador de intenção suicida.

As intervenções de enfermagem frente ao paciente com esse diagnóstico visam a ajudá-lo a reestabelecer a esperança e reiniciar com poder e controle da situação. A esperança é uma fonte de poder do paciente (p.335-6).

Parece-nos que a diferença fundamental entre desesperança e *sentimento de impotência* é que aquela faz com que a pessoa não veja alternativas e este deixa a pessoa descrente de resultados melhores mesmo com as alternativas existentes.

Chronic Low Self-Esteem / Situational Low Self-Esteem / Risk for situational low Self-Esteem: baixa auto-estima crônica, baixa auto-estima situacional, risco para baixa auto-estima situacional:

Segundo as definições da NANDA (2002, 2003):

* baixa auto-estima crônica: “prolongada auto-avaliação / sentimentos negativos sobre si mesmo ou suas próprias capacidades”(NANDA, 2002. p.46, 2003. p.156)

* baixa auto-estima situacional: “desenvolvimento de uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual (especificar)” (NANDA, 2002. p.47, 2003. p.157).

* risco para baixa auto-estima situacional: “estar em risco de desenvolver uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual (especificar)” (NANDA, 2002. p.48, 2003. p.158).

Poucas características definidoras são similares com as do *sentimento de impotência*, a saber: expressões de vergonha /culpa (prolongada ou crônica), avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com os acontecimentos (prolongada ou crônica), passividade.

Quanto à auto-estima, o conceito é extensamente usado na língua popular e é um fenômeno estudado na psicologia. Refere-se ao senso pelo qual a pessoa lhe dá valor a si mesmo, à extensão com que uma pessoa aprova, aprecia a si própria.

A mais ampla e freqüente citação de sua definição na psicologia é feita por Rosenberg's em 1965, que descobriu a auto-estima como uma atitude favorável ou desfavorável ao *self* (Adler, 2000. p.1-6). Para essa autora, a auto-estima é considerada geralmente o componente do autoconceito, uma representação ampliada do *self* que inclui aspectos cognitivos e comportamentais tanto quanto suas avaliações.

Auto-estima tem sido relacionada ao *status* sócioeconômico e aos vários aspectos e comportamentos de saúde, tais como o construto de auto-eficácia de Bandura.

O construto da auto-eficácia também difere do controle pessoal no sentido de que na auto-eficácia as crenças ou expectativas do indivíduo se focalizam nas habilidades de avaliação para realizar determinados comportamentos ou de conseguir

determinados resultados. Por outro lado, as expectativas de controle pessoal relacionam-se ao julgamento sobre as ações que poderão gerar um determinado resultado, ou seja, a extensão pela qual um dado resultado é controlado.

Bandura diferencia auto-eficácia de controle pessoal, sugerindo que as crenças de controle pessoal se focalizam na questão da dependência de poder controlar um resultado; a crença na auto-eficácia focaliza-se na avaliação da habilidade de executar eficazmente um comportamento necessário para atingir um resultado (Bandura, 1977).

Ineffective therapeutic regimen management - controle ineficaz do regime terapêutico:

Segundo a definição da NANDA (2002. p.77, 2003. p.189), controle ineficaz do regime terapêutico é o “padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e de seqüelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde”.

Cabe ressaltar nesse diagnóstico o *sentimento de impotência* como fator relacionado.

Nesse aspecto, há uma íntima relação com o diagnóstico de controle ineficaz do regime terapêutico, pois em ambos são relevantes as experiências anteriores com a doença e tratamento, assim como os fatores cognitivos inerentes à pessoa, que envolvem as sensações que ela experimenta, o como interpreta as informações e as

avalia. Portanto, o diagnóstico *sentimento de impotência* poderá ser um estimulador ou vir associado com o diagnóstico de controle ineficaz do regime terapêutico.

Anxiety - ansiedade:

Pela NANDA (2002. p.36, 2003. p.9) esse diagnóstico é definido como “um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica (a fonte é freqüentemente não-específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça”.

Em suas características definidoras, observam-se pouquíssimas características de ordem afetiva e cognitiva relacionadas ao *sentimento de impotência*, a saber: a incerteza e o respeito (ordem afetiva) e o medo de conseqüências inespecíficas (ordem cognitiva).

Pode-se concluir que para a acurada afirmação diagnóstica esses aspectos (poucas características definidoras e a definição do diagnóstico) são inconsistentes. A enfermagem deve levar em consideração na prática clínica tais aspectos, pois, muitas vezes, as intervenções de enfermagem realizadas mediante estabelecimento de diagnósticos errôneos podem até gerar o *sentimento de impotência* se as dimensões cognitiva, emocional, fisiológica, comportamental estão sendo manifestadas pelo paciente.

A literatura também descreve associação do conceito *sentimento de impotência* com o conceito de *Learned Helplessness* - desamparo / abandono

aprendido, de Seligman (1975. p.8) assim como relaciona *sentimento de impotência* com o conceito de *Locus* de Controle, elaborado no contexto da teoria da aprendizagem social (Rooter 1966, p.2; Lefcourt, 1982. p.32).

Learned helplessness - desamparo / abandono aprendido:

Learned helplessness - desamparo aprendido - constitui-se de três componentes essenciais:

- Eventualidade / possibilidade: refere-se à relação objetiva entre ação pessoal e resultados dessa ação. O acaso é o evento marcante entre ação individual e resultados.
- Cognição: refere-se à maneira pela qual a pessoa percebe, interpreta e tenta explicar um evento.
- Comportamento: refere-se à ação como consequência do processo de cognição e de eventualidade.

Essa teoria afirma que outras consequências podem acompanhar a pessoa mediante suas expectativas de futuro relacionadas com a baixa auto-estima, tristeza, passividade e doenças físicas.

O termo *helplessness* - desamparo, traduzido para a língua portuguesa também como abandono, não é um diagnóstico aceito pela NANDA. O mesmo tem sido discutido na literatura em sua relação com a teoria de *Learned Helplessness*, de Seligman (1975). Este hipotetizou que quando um indivíduo está numa situação em

que percebe que suas respostas não afetarão um resultado, ele vivencia a sensação de *helplessness* - abandono (Drew, 1990. p.333).

Nyström, Segesten (1994. p.127) descrevem *helplessness* como uma síndrome (síndrome do desamparo aprendido), constituída por distúrbio na motivação, passividade, distúrbio cognitivo, falta de reconhecimento de mudanças sob sua influência, prejudicando o desempenho intelectual. Esses fatores geram distúrbios emocionais como medo e, mais tarde, a depressão e o sentimento de desamparo.

Observa-se, também, que freqüentes fracassos pessoais, decorrentes de repetidas experiências mal sucedidas, irão influenciar o comportamento da pessoa diante de uma situação estressante ou de um agente agressor. A manifestação desse comportamento decorre de fatores internos (traços da personalidade, a maturidade, processos de enfrentamento de situações desde a infância, autonomia, autoconceito positivo) e de fatores externos (relações interpessoais, contexto ambiental, agentes estressores) que a pessoa já vivenciou.

Pode-se concluir que, se durante o processo de vida de uma pessoa, sucessivos fracassos, com reforços negativos estiveram presentes em sua vida, o ciclo de desamparo - desesperança - *sentimento de impotência* se instalará. Para tanto, a necessidade de identificar esses fenômenos para guiar intervenções de enfermagem é essencial no cenário da profissão.

Locus De Controle:

O construto de *locus* de controle tem sido associado ao conceito de *sentimento de impotência* (Miller, 1992b. p.52; Drew, 1990. p.333; Bush, 1988. p.718). Segundo Barry (1996. p.171-2), a palavra *Locus*, proveniente do latim, significa lugar. O termo *locus* de controle indica o espaço ao qual uma pessoa atribui a causa e o controle de um evento em sua vida e se classifica, segundo Rotter (1966. p.1), em *locus* de controle externo e *locus* de controle interno.

O *locus* de controle interno é descrito como a tendência do indivíduo em atribuir aos próprios comportamentos, ações e características pessoais os eventos de sua vida. Por outro lado, pessoas com *locus* de controle externo acreditam que o destino, a chance, a sorte, pessoa poderosa, enfim, forças complexas imprevisíveis, são responsáveis pelos eventos de sua vida (Rotter, 1966. p.1).

“A percepção de controle é um construto que foi introduzido na linguagem e nas linhas de pesquisa em psicologia no início dos anos 60, e desde esta data vem merecendo substancial atenção dos estudiosos” (Dela Coleta, 1982. p.89).

O conceito de *locus* de controle foi elaborado no contexto da teoria da aprendizagem social (Tamayo, 1993. p.301). Rotter (1966. p.2, 1975. p.57) postulou que a probabilidade de ocorrência de um comportamento está em função direta da expectativa de que esse comportamento seja seguido de um determinado reforço (recompensa) e do valor que esse reforço tem para o indivíduo. O *locus* de controle portanto, consiste na expectativa generalizada da pessoa de perceber a recompensa como contingente de seu próprio comportamento (*locus* de controle interno) e como resultado de forças imprevisíveis (*locus* de controle externo).

Para Rotter (1966. p.1) a percepção de controle varia entre internalidade e externalidade. Rotter (1975. p.58) afirma que essa percepção está baseada na contingência perfeita entre comportamento e resultado e cita as quatro variáveis na teoria da aprendizagem social: comportamento, expectativa, reforço e situação psicológica. Desta forma, o potencial para um comportamento ocorrer em qualquer situação específica é função da expectativa de que haverá recompensa se o comportamento se manifestar na situação. Já Tamayo (1993. p.302) enfoca a percepção pessoal de controle não dependente exclusivamente da contingência entre comportamento e resultado; implicando também um conjunto de fatores: cognitivo, motivacional e, talvez, existencial.

Como expectativa geral na teoria da aprendizagem social, o *locus* de controle é um fator relativamente estável da personalidade, desenvolvido no decorrer do tempo e adquirido por meio de uma série de experiências de aprendizagem social (Arakelian, 1980. p.26; Schroeder, Miller, 1983. p.157). Como decorrência desse processo de aprendizagem social, as pessoas adquirem uma percepção relativamente estável da fonte de origem e controle das ocorrências que experimentam. A essa percepção Rotter (1966) denominou de *locus* de controle - *locus of control* - segundo o qual as tendências individuais envolveriam a percepção de controle das ocorrências susceptível à variação desde totalmente dependentes de si próprias (*locus* de controle interno) até totalmente dependentes de fatores externos a si, podendo estes ser outras pessoas, entidades, ou mesmo o acaso (*locus* de controle externo) (Dela Coleta, 1995. p.42).

A predominância de *locus* interno ou externo tem sido estudada em associação a diversas variáveis tais como :

- a) *doenças psiquiátricas*: na psicopatologia, estudos têm demonstrado a existência de alta relação entre *locus* de controle e determinados quadros psicopatológicos. Situando a direção da relação acima citada, questiona-se: “será que o *locus* de controle externo determina a ocorrência de quadros depressivos, histéricos, suicidas, ou esses quadros é que geram a percepção de que os eventos do mundo estão fora do controle do sujeito, que ele tem mesmo que se submeter às ocorrências sem nada fazer em contrário”? (Dela Coleta, 1982. p.95-7).
- b) *sistemas de suporte*: o suporte social parece proteger os indivíduos contra o desenvolvimento de doença mental somente quando estes indivíduos são expostos a eventos negativos e estressantes na vida. Os sujeitos internos não necessitam tanto do suporte social provindo de outras pessoas para lidar (*to coping*) com os estressores do cotidiano. Já os externos precisam do suporte de outros para serem capazes de lidar de modo eficaz com os estressores (Dalgard, Bjork, Tambs, 1995. p.29).
- c) *práticas de manutenção da saúde, crenças na saúde, auto-imagem e auto-exame da mama*: não há correlação significativa entre ser praticante do auto-exame da mama com *locus* de controle interno. Existe correlação negativa entre a prática do auto-exame da mama com a dimensão de *locus* de controle externo - outros poderosos. No entanto, no total da amostra há uma média alta de escore na dimensão de *locus* de controle interno sobre as outras dimensões do *locus* de controle (Hallal, 1982. p.140-1).
- d) *imunização dos pré-escolares*: não existe diferença estatisticamente significativa de externalidade e internalidade entre mães submissas e não submissas a imunização de suas crianças. As mães não submissas necessitam de orientação

dos profissionais de saúde para a imunização; parecendo predominar um *locus* de controle externo (Rosenblum, Stone, Skipper, 1981. p.337).

- e) *segurança e acidentes no trabalho*: o maior nível de escolaridade leva a atitudes mais favoráveis à segurança no trabalho e menor tendência a atribuir os acidentes ao acaso ou outros poderosos. Entre os mais internos predominam as explicações ligadas ao comportamento do operador. Quanto mais as pessoas atribuem ao acaso ou a outros fatores externos o controle das situações, mais negativa é sua atitude em relação aos problemas de segurança (Damorim, 1989. p.17).
- f) *contexto organizacional*: os sujeitos mais internos revelam maior nível de comprometimento organizacional, maior adesão aos valores intrínsecos do trabalho e preferência por organizações que permitem o crescimento e realização profissional (Bastos, 1991. p.3).
- g) *satisfação conjugal*: a internalidade está relacionada à maior satisfação conjugal e melhor avaliação do casamento no futuro (Dela Coleta, 1992. p.243).
- h) *auto-estima em crianças e adolescentes*: as meninas, face aos eventos negativos e com *locus* externo e baixa de auto-estima, demonstram alto nível de desajustamento psicológico (Kliewer, Sandler, 1992. p.393).
- i) *mudança no estilo de vida e síndrome metabólica*: mulheres em algumas situações de estresse e com *locus* interno de controle interagem negativamente às mudanças na vida, podendo desencadear síndromes metabólicas (Ravaja, Jarvinen, Viikari, 1996. p.51).

No contexto da enfermagem, a predominância de *locus* de controle tem sido estudada em:

- a) *pacientes paraplégicos sob regime de autocateterismo intermitente não estéril*: observa-se um inter-relacionamento do *locus* de controle interno e sucesso no desempenho do autocateterismo onde a análise do *locus* de controle pode ser preditiva quanto a este comportamento (Biazin, 1987. p.135).
- b) *pacientes portadores de insuficiência renal crônica*: os pacientes com *locus* de controle interno são mais aderentes à restrição de líquidos e sódio do que os respondentes com *locus* de controle externo; quanto à aderência à dieta com restrição ao potássio, não há diferença estatisticamente significativa (Peres, 1989. p.125).
- c) *pacientes diabéticos*: os sujeitos estudados mostram uma predominância no *locus* de controle externo (Zanetti, 1990. p.96).
- d) *avaliação dos riscos da saúde no lar, sendo um estudo comparativo entre mães e profissionais de enfermagem*: as mães avaliam com maior peso e atribuem menor frequência às situações de risco, ocorrendo o contrário com as enfermeiras que avaliam com menor peso e atribuem maior frequência às situações de risco. A internalidade é igual nas enfermeiras e mães e a externalidade é maior nas mães. No grupo das mães há maior tendência em acreditar em outros poderosos e, de igual forma, esse grupo mostra-se mais crente no acaso e no destino que as enfermeiras (Rodriguez-Rosero, 1999. p.204).
- e) *associação do sentimento de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca*: os pacientes pós-operados de coronária acreditam mais em fatores internos como fonte de controle do que os pacientes de válvula (Teste de Mann-Whitney: interno $p=0,001$ / internalidade $p=0,002$). Não há associação entre *sentimento de impotência* (frequência e intensidade) e *locus* de controle nos

pacientes de pós-operatório com disfunções valvares e insuficiência coronariana Braga, 1999. p.101).

Rotter (1966. p.1, 1975. p.57) pontua o *locus* de controle como um conceito da psicologia que enfoca as diferenças de expectativas do indivíduo quanto ao controle pessoal de resultados. Essas expectativas seriam calcadas nas experiências subjetivas.

Existe a hipótese de que o *locus* de controle seja importante no entendimento da natureza dos processos de aprendizagem em distintos tipos de situação e também que há diferenças entre indivíduos no grau que eles atribuem controle pessoal ao avaliar uma mesma situação.

Lefcourt (1982), investigando *locus* de controle, afirma que alguns pesquisadores têm dado mais importância à orientação motivacional e sua discussão de controle do que outros que adotam uma perspectiva fenomenológica e existencial. Para os últimos, o *locus* de controle parece não se limitar exclusivamente à percepção de contingência perfeita entre comportamento e resultado, mas envolve também fenômenos cognitivo-perceptivo-emocionais e, possivelmente, representam uma forma de existir no mundo pela qual o sujeito não somente explica, mas define a estrutura de seu próprio destino (p.81-99).

O construto implica elementos comportamentais (comportamento, reforço) e cognitivos (percepção, expectativa) e sua estruturação, no sujeito, reporta-se novamente à teoria da aprendizagem social (Lefcourt, 1982. p.33; Rotter, 1954 *apud* La Rosa, 1991).

A dimensão motivacional do *locus* de controle foi introduzida e desenvolvida por Romero-Garcia (1983, 1986) *apud* Tamayo (1993) e a dimensão existencial por Tamayo (1993. p.302).

Na dimensão motivacional do *locus* de controle, segundo Romero-Garcia (1983, 1986) *apud* Tamayo (1993), a internalidade é uma necessidade intrínseca de controlar os resultados das ações e apresenta dois aspectos fundamentais de um motivo: o direcional, que seleciona as metas, é dinâmico e inicia a seqüência motivacional além de manter a direção da meta selecionada. A pessoa de alta internalidade percebe a si mesma como origem de sua conduta, controlando-se e assumindo responsabilidades por conseqüências. Os sujeitos internos, quanto aos resultados de suas condutas, encaram tanto o fracasso quanto o sucesso como motivantes. O fracasso é visto como experiência construtiva, cognitiva e afetiva que exige mudança na conduta (p.302).

Na dimensão existencial investigada por Tamayo (1993), o *locus* de controle pode indicar o modo como a pessoa se percebe e existe. A internalidade é vista como um indicador, uma manifestação da existência autêntica, ou seja, quando assume responsabilidades sobre o sucesso de sua vida e do grupo. Nessa perspectiva, a externalidade é associada à existência não autêntica, ou seja, quando a direção do próprio destino não é assumida, ficando sob poder dos outros ou de forças externas e da sorte. Estudos apontam a internalidade como associada a características positivas e a externalidade associada a características negativas (Tamayo, 1993. p.302-3).

Confrontando com a doença, uma pessoa com *locus* de controle predominantemente interno poderá educar-se para recuperar um senso de controle por ser motivada; estando também implícita nessa resposta ao adoecer não somente

o *locus*, como também um conjunto de variáveis que determinariam os comportamentos de saúde, ou seja, suas respostas ao adoecer. Tais variáveis incluiriam as experiências anteriores com a doença, atitudes e comportamentos prévios, o suporte social, a percepção da gravidade, intensidade e susceptibilidade, determinando as respostas ao adoecer. Já uma pessoa com *locus* de controle predominantemente externo, mais o conjunto de variáveis implícitas em uma resposta comportamental poderá ser incapaz de perceber que suas ações afetam um resultado faltando-lhe motivação.

Aceita-se que o *locus* de controle esteja diretamente relacionado ao *sentimento de impotência* conforme McFarland, McFarlane (1989. p.621) apontaram na literatura. Porém, existem questões de fundo imprescindíveis, tais como as citadas anteriormente no tocante às variáveis que estão associadas ao *sentimento de impotência* e que concorrem para o desenvolvimento dos comportamentos de saúde.

O *locus* de controle é indicado como uma das variáveis para os comportamentos de saúde e, em especial, para a resposta *sentimento de impotência*. Por isso, neste estudo, inserimos a questão do *locus* de controle.

Para avaliar o *locus* de controle Rotter (1966) construiu a Escala I - E (interno - externo), composta de 29 itens (incluindo seis itens de distração) apresentados de maneira a forçar uma resposta caracterizando o *locus* como externo ou interno (Tamayo, 1993. p.304). Desde então não cessaram de aparecer estudos nas diversas áreas da psicologia, quer utilizando o conceito como antecedente de outros fenômenos, quer tomando-o como objeto de investigação em si, quer desenvolvendo, validando e /ou refinando instrumentos para medir o *locus* de controle (Bastos, 1991. p.5).

Nesse contexto, insere-se Levenson (1973) *apud* Wallston KA, Wallston BS, Devellis (1978) que modificou a escala I - E ao distinguir a atribuição de controle a pessoas poderosas - *powerful others* - (P) , da atribuição à sorte ou ao destino que categorizou como - *chance*- (C) ou acaso, ambos provenientes de fatores externos. Seu instrumento multidimensional contém, portanto, três escalas separadas para mensurar as dimensões: interno, externo e acaso como fontes da percepção de controle (p.161-3).

A revisão de literatura mostrou que, freqüentemente, a idéia de controle pessoal está associada ao conceito de *sentimento de impotência*. No entanto, não localizamos estudo que tenha testado essa associação além da pesquisa que realizamos no mestrado. Nela, como já observado, encontramos ausência de associação entre *locus* de controle, avaliado pela escala de Wallston KA, Wallston BS, Devellis (1978) e o *sentimento de impotência*, avaliado sem o uso de instrumento padronizado.

Este estudo teve também a finalidade de verificar se o *locus* de controle, conforme concebido por Wallston KA, Wallston BS, Devellis (1978) é um fenômeno distinto do *sentimento de impotência*.

Diante desses diagnósticos peculiares e revestidos de certa familiaridade com o diagnóstico *sentimento de impotência*, achamos prudente adotar um modelo que representasse de forma minimamente articulada, o diagnóstico *sentimento de impotência*.

1.4. Modelo de *Sentimento de Impotência*

Optamos por adotar, neste estudo, o modelo de sentimento de impotência proposto por White, Roberts (1993) em que o sentimento de impotência, como resposta psicossocial, envolve a percepção, pelo paciente, de perda de controle (p.129).

Nesse modelo, propõem-se quatro dimensões da perda de controle pessoal como componentes do conceito de *sentimento de impotência*: fisiológica, cognitiva, ambiental e decisória. A Figura 1, a seguir, representa essa proposta.

FIGURA 1- Modelo de *Sentimento de Impotência* mostrando as quatro áreas de perda controle pessoal.

(Model of Powerlessness showing the four areas of Loss Personal Control).

Fonte: White BS, Roberts SL. Powerlessness and the pulmonary alveolar edema patient. Dimens Crit Care Nurs 1993; 12(3): 127-37.

Descrivem-se, a seguir, as dimensões do conceito *sentimento de impotência*, conforme a proposta de White, Roberts (1993). A *perda de controle fisiológico* refere-se aos sintomas físicos que, muitas vezes, impõem limites que a pessoa não pode controlar (p.128). A *perda de controle cognitivo* está presente quando o paciente não consegue compreender as sensações físicas que experimenta. Envolve a avaliação que o indivíduo faz e as conclusões a que chega a partir das informações obtidas pelos sentidos. O controle cognitivo refere-se tanto à sensação quanto à avaliação. O controle cognitivo sensorial consiste na percepção de ter poder para criar uma imagem mental e sobre que sensações esperar dos eventos que estão ocorrendo. A total falta de conhecimento de que sensações esperar origina *sentimentos de impotência*. O controle cognitivo referente à avaliação capacita o paciente a focalizar a atenção no evento ameaçador, buscar pistas sobre um possível dano e enfatizar a qualidade da experiência. Quando o paciente obtém informações sensoriais, ele as interpreta e faz uma avaliação subjetiva de seu controle sobre a situação (p.129-30).

A *perda de controle ambiental* é a percepção que a pessoa tem de não poder controlar um espaço físico que considera como seu território. O ambiente lhe é estranho e, se eventualmente conhecido, pode parecer-lhe hostil e impessoal. Percebendo-se incapaz de explorar o meio ou mudá-lo por imposição de outros, ou por qualquer outra razão, o paciente pode perceber-se impotente (p.130).

A *perda de controle decisório* ocorre quando a pessoa não tem mais o poder para tomar decisões sobre si e seu cuidado. O controle decisório depende da diversidade de opções de escolha em determinada situação e do “poder escolher” (p130).

Nas dimensões desse modelo de *sentimento de impotência* está sempre presente a idéia de perda de controle. Esse modelo teórico, com seus pressupostos básicos será a base para construir um instrumento para avaliar o *sentimento de impotência*.

1.5. Importância da percepção do Sentimento de Impotência na clínica de enfermagem

Sentimento de impotência é um diagnóstico de enfermagem aprovado em 1982 pela NANDA, que o define como o “estado no qual o indivíduo tem a percepção de que o que ele pode fazer não altera, significativamente, um resultado; a percepção da falta de controle de uma situação corrente, ou um acontecimento imediato” (NANDA, 2002. p.124, 2003. p.141).

Observa-se, pela literatura em enfermagem, a importância desse diagnóstico e sua presença nos pacientes. O *sentimento de impotência* é uma condição que pode afetar todas as pessoas ao longo de suas vidas e qualquer processo de doença, agudo ou crônico, pode predispor ao sentimento de impotência (Lambert, Lambert Jr 1981. p.13; Kubsch, Wichowski, 1997. p.7).

As crianças hospitalizadas comumente experimentam o *sentimento de impotência* no tocante ao ambiente hospitalar (Carpenito, 1995. p.695). Já nos idosos, a vulnerabilidade para esse sentimento aumenta devido às freqüentes perdas que geralmente experimentam e aos estressores psicológicos como a morte de um amado, aposentadoria, deslocamento e mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecer (p.695).

O *sentimento de impotência* pode ocorrer também no indivíduo com doença aguda, especialmente durante as fases de acompanhamento diagnóstico, quando os sintomas são mais prevalentes, quando a doença é mais debilitante, quando o indivíduo não teve experiências com doenças ou quando a avaliação diagnóstica é prolongada ou muito invasiva (McFarland, McFarlane, 1989. p.622; White, Roberts, 1993. p.127; Boeing, Mongera, 1989. p.274).

Com a doença crônica, que impõe um longo período de adaptação, há aumento do risco de *sentimento de impotência* (Benjamin, 1996. p.9a; Miller, 1992. p.4-5). O paciente pode experimentar flutuações no estado de saúde, com o início de deterioração, com os procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos, eventos que podem alterar a ele próprio e a seu estilo de vida.

Outros fatores também contribuem para o *sentimento de impotência* do paciente: o meio atual de cuidados de saúde, a tecnologia e a linguagem pouco ou nada familiares, sua privacidade e suas necessidades muitas vezes ignoradas, assim como a remoção de seus objetos pessoais. O acesso ao paciente é limitado, a vigilância constante e o uso de equipamentos em seu território são frequentes. Também as interações pessoais podem desencorajar o envolvimento do paciente no tratamento, reforçando fracassos pessoais prévios, o que predispõe ao senso de fragilidade e diminui o controle sobre si (McFarland, McFarlane, 1989. p.623; Efraimsson, et al. 2003. p.708-10).

O *sentimento de impotência* percebido pelo paciente guarda estreita relação com o ambiente de cuidados que pode favorecer ou, de certa forma, impor essa percepção (Boeing, Mongera, 1989. p.276). Os mesmos autores indicam os cuidados de enfermagem como elementos importantes para que os pacientes desenvolvam

maior ou menor percepção de controle das situações. A supervisão contínua que as enfermeiras realizam nos pacientes, levando-os a não assumir responsabilidades em seus próprios cuidados, pode provocar neles diminuição da auto-estima e *sentimento de impotência* (Arakelian, 1980. p.26).

Com isso, pode-se dizer que o *sentimento de impotência* como um fenômeno psicossocial apresenta indicadores e dimensões peculiares, e, por não poder ser mensurado diretamente, requer a construção de uma escala com base na psicometria.

Portanto, este estudo é uma resposta ao desafio de construir um instrumento de medida para avaliar o *sentimento de impotência* a ser utilizado na prática clínica e na pesquisa.

2. OBJETIVOS

Geral

Tornar disponível um instrumento que meça o *sentimento de impotência* nos pacientes adultos internados em clínicas médico-cirúrgicas.

Específicos

- Construir um instrumento para avaliar o *sentimento de impotência* em pacientes adultos internados em clínicas médico-cirúrgicas;
- Estimar as propriedades psicométricas, em termos de validade e confiabilidade;
- Verificar se o *locus* de controle distingue-se do *sentimento de impotência*;
- Verificar se há correlação entre *locus* de controle e *sentimento de impotência*.

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

PSICOMETRIA

O ponto de partida para a construção de um instrumento para medir uma variável psicossocial, neste caso, *o sentimento de impotência*, é a operacionalização de seus indicadores clínicos. Como já citado anteriormente, a variável em estudo é uma resposta complexa e com alto grau de abstração. Para mensurá-la, faz-se necessário, portanto, movê-la do abstrato para o concreto, através da identificação das propriedades que caracterizam esse conceito.

Operacionalizar um conceito significa especificar indicadores empíricos que serão usados para comunicar um significado, assim como os procedimentos que serão usados para medi-lo.

O foco da mensuração é quantificar as características do conceito a ser mensurado. Como o *sentimento de impotência* é um conceito altamente abstrato, de natureza comportamental, adotamos a psicometria como alicerce para desenvolver o instrumento.

A psicometria é um ramo da estatística que pretende estudar fenômenos psicológicos. Foi desenvolvida por estatísticos de formação e, por isso, ainda é definida como um ramo da estatística. “Na verdade, ela deve ser concebida como um ramo da psicologia que interfaceia com a estatística” (Pasquali, 1997. p.16).

Assumindo o modelo quantitativista em psicologia, “a psicometria utiliza-se de três tipos de medidas para atribuir números às propriedades dos objetos, a saber: “medida fundamental, medida derivada e medida por teoria. Pode-se igualmente falar

em medida direta e medida indireta. A primeira classificação, contudo, parece mais esclarecedora” (Pasquali, 1997. p.35).

Cada medida apresenta características peculiares, portanto, faz-se necessário, neste momento, tecer considerações sobre cada uma, pois neste estudo empregamos a medida por teoria.

Na medida fundamental, os atributos dos objetos empíricos podem ser medidos através de uma unidade-base-natural, existindo uma representação extensiva. Usar uma unidade-base-natural para mensurar algo significa que a unidade básica do instrumento de medida é a mesma unidade do que se quer medir. Tome-se como exemplo a medida do comprimento de uma folha de papel utilizando-se uma régua. A unidade de medida da régua é seu atributo de comprimento que pode, por exemplo, ser o centímetro. Esse atributo é o mesmo atributo que se quer medir na folha de papel. A medida do comprimento do papel será dada pela coincidência de pontos entre a unidade de comprimento marcada no instrumento (o centímetro) e o objeto que se quer medir (o papel). Diz-se, nesse caso, que a régua é uma representação extensiva do atributo comprimento do papel.

A medida derivada é empregada quando muitos atributos do fenômeno não permitem uma medida extensiva e, portanto, nenhuma medida fundamental é possível. Isso significa que não há um instrumento que possua o mesmo atributo que se quer medir. Dessa forma, não há instrumento capaz de representar o atributo de interesse no fenômeno. Nesses casos, aplicam-se as medidas derivadas. Medida derivada é a medida indireta por meio do estabelecimento de uma relação com medidas extensivas (medida fundamental). Pasquali (1997. p.36) cita a medida de densidade como exemplo de medida derivada. Sabe-se que a massa varia em função

de volume e da densidade: massa = volume x densidade. Como a massa permite medida fundamental (peso, expresso em quilos) e o volume também (o cubo do comprimento= m^3), então a densidade, que não possui medida fundamental, pode ser medida indiretamente, em função de massa e volume (quilograma dividido por metro cúbico = kg/m^3).

Já na medida por teoria, quando nem leis existem relacionando variáveis, recorre-se a teorias que hipotetizam relações entre os atributos de um fenômeno, permitindo, assim, a medida indireta do seu atributo. Não há como estabelecer uma unidade-base-natural específica para os atributos do fenômeno, nem uma representação extensiva (medida fundamental); também é impossível medi-lo por meio do estabelecimento de uma relação com medidas extensivas (medida derivada). Na medida por teoria, as concepções teóricas que explanam as relações entre um fenômeno abstrato e os atributos que lhes dizem respeito produzem hipóteses sobre o que, teoricamente, poderia ser observado quando o fenômeno ocorre. Tome-se como exemplo a ansiedade como fenômeno de interesse, como o objeto que se quer mensurar. A ansiedade é um conceito altamente abstrato, cujos atributos são teoricamente explanados. Das relações, também teoricamente estabelecidas, entre esses atributos e a ansiedade, podem-se estabelecer hipóteses sobre o que é observado quando a ansiedade ocorre. Testes empíricos dessas hipóteses devem produzir resultados sobre a validade das relações teoricamente estabelecidas, entre o fenômeno - ansiedade - e seus atributos. Segundo Pasquali (1997), a teoria utilizada, que fundamentou as relações fenômeno-atributos, deve ser continuamente considerada frente aos resultados dos testes empíricos das hipóteses que dela mesmo se originaram. Ao analisar a teoria frente aos resultados dos testes empíricos, podem

surgir argumentos suficientes para refinar, alterar, ou mesmo negar a teoria em questão. Em síntese, na medida por teoria deve haver uma circularidade evolutiva entre teoria-medida-teoria por duas razões fundamentais: a primeira é que, sem a estreita e contínua relação teoria-medida, as medidas aplicadas podem estar mensurando um conceito ou construto que nada tem a ver com o pretendido, ou então, que podem estar medindo nada, nos casos em que o instrumento não parte de alguma articulação teórica minimamente consistente; a segunda razão é que, sem a estreita e contínua relação teoria-medida, não ocorre o refinamento da teoria e, por conseguinte, do conhecimento cientificamente articulado.

Pasquali (1997) enfatiza a importância de se manter essa perspectiva quando se trata de variáveis às quais não se aplicam nem medidas fundamentais, nem medidas derivadas (p.37).

A psicometria é um dos fundamentos para as medidas por teoria e, num sentido restrito, trata da medida de construtos psicológicos ou traços latentes, representados por comportamentos observáveis que representam esses traços (Pasquali, 1997). Traço latente vem referido ou inferido sob expressões como: variável, construto, conceito, estrutura psíquica, atitude e outros (p.55).

O *sentimento de impotência*, como uma variável de interesse para a enfermagem clínica, é um conceito que não pode ser observado diretamente, mas pode ser representado por comportamentos observáveis. Considerando a estreita relação teoria-medida, a aplicação da psicometria ao conceito de *sentimento de impotência* pode fornecer argumentos que fundamentarão o refinamento desse conceito, bem como maior acurácia em sua aplicação na prática clínica.

O propósito deste estudo foi construir um instrumento para mensurar o *sentimento de impotência*. A finalidade é de podermos melhor identificar no *sentimento de impotência* suas dimensões e seus indicadores clínicos.

A construção de um instrumento, no contexto da psicometria, tem como base a explanação teórica do conceito que se quer medir. Essa explanação teórica deve permitir enunciar as propriedades que caracterizam o conceito em questão. Com base nessas propriedades são definidos comportamentos observáveis que as representam que, por sua vez, darão origem aos possíveis itens do instrumento de medida. O conjunto de itens do instrumento deve representar o conceito em estudo. A demonstração do grau com que essa representação ocorre fundamenta-se na análise de resultados da aplicação empírica do instrumento. Pasquali (1997, p.84) recomenda que essa demonstração seja feita por análises estatísticas dos itens individualmente e como um todo. Para tanto, foi desenvolvida uma série de parâmetros mínimos que a medida psicométrica deve apresentar para se construir um instrumento de medida válido e legítimo. Esses parâmetros referem-se à análise dos itens (dificuldade e discriminação) e à validade e à confiabilidade (fidedignidade) do instrumento.

Um instrumento é válido quando, de fato, mede o que supostamente deveria medir; ou seja, ao se medirem os itens, que são a representação comportamental do traço latente, está se medindo o próprio traço latente (o conceito).

Para a demonstração da validade de um instrumento, utilizam-se técnicas que visam à validade de construto, de conteúdo e de critério.

O parâmetro da fidedignidade do teste vem, segundo Pasquali (1997), referenciado sob uma série heterogênea de nomes: precisão, fidedignidade e

confiabilidade, estabilidade, constância, equivalência e consistência interna. Para ele, a fidedignidade ou precisão de um teste diz respeito à característica que ele deve possuir - a de medir sem erros - donde os nomes precisão, confiabilidade e fidedignidade (Pasquali, 1997. p.127).

Esse embasamento teórico fundamentará o método de construção do instrumento para avaliar o *sentimento de impotência*. O método, segundo Pasquali (1998) é composto por três conjuntos de procedimentos: *teóricos, empíricos e analíticos (estatísticos)*.

A seguir, apresentaremos uma breve explicação de cada procedimento, extraída de Pasquali (1997, 1998).

No *pólo teórico*, é enfocada a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida e a operacionalização do construto em itens. Esse pólo explicita a teoria do traço latente, bem como os comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. É estabelecida a dimensionalidade do construto, que pode ser entendida como os componentes da estrutura conceitual, de modo que o conceito fique o mais claro possível e que seja suficientemente preciso para a construção dos itens do instrumento de medida. Nesse pólo estão implícitas as definições constitutivas e operacionais do conceito. Definir constitutivamente um conceito significa definir os termos, a semântica do conceito. Definir operacionalmente um conceito diz respeito à construção dos itens, expressões da representação comportamental do conceito.

Nessa construção são respeitados alguns critérios para a construção de itens (Pasquali, 1998. p.7-10), além da observância na quantidade de itens para que o

conceito seja bem representado e da análise teórica dos itens. A análise teórica dos itens inclui a análise semântica quanto à inteligibilidade e a análise por juízes quanto à pertinência dos itens ao traço em questão (análise de construto) (p.11).

No *pólo empírico* ou experimental definem-se as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta da informação para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento (p.1).

O *pólo analítico* inclui os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para estimar a validade e confiabilidade do instrumento produzido e, se pertinente, para estabelecer sua normatização (p.1). Esses três conjuntos de procedimentos indicarão a solidez psicométrica da ferramenta e permitirão avaliar a coerência do seu conteúdo com o conceito - *sentimento de impotência*.

A aplicação desse instrumento de medida, no cenário clínico, contribuirá para a acurácia diagnóstica e validação clínica dessa resposta psicossocial. Tais evidências clínicas guiarão intervenções de enfermagem para alcançar resultados satisfatórios no cuidar ao paciente que se sente impotente.

Com o propósito de representar esquematicamente o modelo, Pasquali (1998) apresenta a seguinte Figura:

FIGURA 2- Teoria e Procedimentos para construção de escalas psicológicas (Pasquali, 1998).

Fonte: Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clin [periódico online] 1998; 25(5) Edição especial: 206-23. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255a.htm> > (04 jul. 2003).

O modelo de Pasquali será descrito adotando-se, como tópicos, os três grandes pólos ou procedimentos para a construção de instrumentos psicométricos, destacando-se nestes os doze passos a serem percorridos, conforme apresentado na Figura 2.

3.1. Procedimentos teóricos

Este tópico agrupa os seis primeiros passos propostos pelo autor, sendo os três primeiros relacionados à teoria; o quarto, ainda relacionado com a teoria e também com a construção do instrumento; e o quinto e sexto, especificamente voltados para a construção.

3.1.1. Sistema Psicológico (1º passo): destina-se a estabelecer a teoria sobre o construto ou objeto psicológico, para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida. O sistema psicológico representa o objeto de interesse que, em geral, é constituído por múltiplos aspectos. O autor recomenda que este passo pode ser esclarecido a partir de reflexões e interesse do pesquisador pelo construto, devidamente fundamentado em referencial bibliográfico.

3.1.2. Propriedade (2º passo): consiste em definir as propriedades ou atributos do objeto de interesse do pesquisador, ou seja, os atributos e propriedades que o caracterizam. Para esta tarefa devem ser utilizados os mesmos métodos do passo anterior.

3.1.3. Dimensionalidade (3º passo): refere-se à estrutura interna e semântica do construto que pode ser uni ou multifatorial, ou seja, ele possui dimensão homogênea, ou nele se distinguem vários aspectos? Deve-se obter esta resposta ou na teoria, ou em dados empíricos disponíveis, sobretudo dados de pesquisas que utilizam a análise fatorial.

3.1.4. Definição (4º passo): dá-se pela conceituação detalhada do construto com base na literatura específica, na análise de conteúdo feita com a colaboração de peritos e na própria experiência do pesquisador. A definição pode ser constitutiva, ou seja, é aquela que aparece em dicionários, enciclopédias e tem a finalidade de impor limitações semânticas àquilo que se deve explorar quando o construto estiver sendo medido; enquanto que a definição operacional, como indica o próprio termo, define comportamentos que devem ocorrer e pode ser expressa em uma listagem de categorias que representam o construto. Com este passo procede-se o início da construção do instrumento-piloto.

3.1.5. Operacionalização (5º passo): representa a construção dos itens que integrarão o instrumento de medida. A operacionalização do construto constitui-se de três etapas, a saber:

- *Fontes dos itens:* estes podem ser encontrados na literatura (outros testes que medem o construto); podem ser obtidos em levantamento junto à população-alvo, ou nas categorias comportamentais estabelecidas na definição operacional.
- *Regras de construção dos itens:* devem ser aplicadas à construção de cada item, sendo que em alguns tipos de itens algumas destas regras podem não se aplicar.

O autor recomenda a aplicação de um conjunto de doze regras ou critérios, sendo os dez primeiros para a construção dos itens e os dois últimos para o instrumento todo.

- *Critério comportamental*: o item deve expressar um comportamento, permitindo à pessoa considerar uma ação clara e precisa.
- *Critério de objetividade ou de desejabilidade*: o item deve permitir expressar a preferência, a opinião, os sentimentos e o modo de ser do respondente.
- *Critério da simplicidade*: o item deve expressar uma única idéia.
- *Critério de clareza*: o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta.
- *Critério da relevância*: (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): a expressão (o item) deve ser consistente com o construto, ou seja, representar a carga fatorial na análise fatorial e que constitui a covariância (correlação) entre o item e o construto.
- *Critério da precisão*: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do construto e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.
- *Critério da variedade*: deve-se variar a linguagem para evitar monotonia, bem como variar a quantidade dos itens favoráveis e desfavoráveis para evitar erro da resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala de resposta.
- *Critério de modalidade*: o item deve ser formulado com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc.

- *Critério da tipicidade*: formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
- *Critério da credibilidade*: o item não deve estar formulado de forma ridícula, despropositada ou infantil.

Critério referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo):

- *Critério da amplitude*: o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo, ou seja, permitir discriminar entre indivíduos de diferentes níveis.
- *Critério do equilíbrio*: o conjunto de itens deve permitir uma distribuição assemelhada à da curva normal, contendo a maior parte de dificuldade mediana, que progressivamente diminui em direção às caudas (itens fáceis e itens difíceis em número menor).

➤ *Quantidade de itens*: para se cobrir a totalidade ou a maior parte ou, pelo menos, grande parte da extensão semântica do construto, explicitada nas definições constitutivas, normalmente exige-se, no instrumento final, um número razoável de itens, cerca de 20 itens. Deve-se começar com, pelo menos, o triplo de itens para se poder assegurar, no final, um terço deles (p.11).

3.1.6. Análise teórica dos itens (6º passo): deve ser feita com vistas a assegurar garantias de validade. Consiste em solicitar outras opiniões sobre o construto já operacionalizado, por meio de juízes que deverão proceder a dois tipos de análise: a *análise semântica dos itens*, que tem o objetivo de verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina e a *análise de validade de conteúdo dos itens*, que se destina a verificar se os itens referem-se ao fenômeno em estudo, segundo a opinião de *experts*.

Na *análise semântica*, duas preocupações são relevantes: verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo da população-meta e, por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com esse estrato; segundo, para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada da população-meta.

Para atender essas preocupações, Pasquali (1998) sugere uma técnica que se tem mostrado mais eficaz na avaliação da compreensão dos itens, que consiste em checá-los com pequenos grupos de pessoas (3 ou 4) numa situação de *brainstorming*. “Essa técnica funciona da seguinte forma: constitui-se um grupo de até 4 pessoas, iniciando com sujeitos do estrato mais baixo da população-meta, porque se supões que se tal estrato compreende os itens, *a fortiori* o estrato mais sofisticado também os compreenderá. A este grupo é apresentado item por item, pedindo que ele seja reproduzido pelos membros do grupo. Se a reprodução do item não deixar nenhuma dúvida, o item é corretamente compreendido. Se surgirem divergências na reprodução do item ou se o pesquisador perceber que ele está sendo entendido diferentemente do que ele, pesquisador, julga que deveria ser entendido, tal item tem problemas. Dada a situação, o pesquisador então explica ao grupo o que ele pretendia

dizer com tal item. Normalmente, neste caso, as próprias pessoas do grupo irão sugerir como se deveria formular o item para expressar o que o pesquisador quer dizer com ele; e aí está o item reformulado como deve ser”(p.12). Itens que, no máximo, após cinco sessões continuam apresentando dificuldades, devem ser descartados. Em seguida a essas sessões é importante pelo menos uma sessão de verificação dos itens com um grupo de indivíduos mais sofisticados (p.12).

Quanto à análise dos juízes, conhecida também por *validade de conteúdo*, seu objetivo é verificar a adequação da representação comportamental dos atributos. Um número de seis juízes é recomendável para essa tarefa, sendo eles peritos na área. O critério de pertinência do item deve ser de pelo menos 80% de concordância entre os juízes, sendo que os itens que não atingirem esta porcentagem podem ser descartados do instrumento-piloto (p.13).

Com o trabalho dos juízes ficam completados os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida.

3.2. Procedimentos empíricos

A análise da dificuldade, da discriminação e da validade dos itens faz-se em cima dos dados coletados de uma amostra de sujeitos representativa da população para a qual o teste está sendo construído, utilizando-se análises estatísticas.

Dois passos são acrescentados ao processo de construção do instrumento por meio desses procedimentos empíricos, que juntamente com a validade de conteúdo feita anteriormente, constituem o início do processo de validação do instrumento psicométrico.

3.2.1. Planejamento da aplicação (7º passo): consiste em determinar uma amostra representativa da população-alvo, preparar as instruções a serem dadas a esta amostra, bem como definir o formato do instrumento-piloto e a maneira de aplicação. Recomenda-se que o instrumento-piloto seja pré-testado, com vistas a assegurar sua compreensibilidade.

3.2.2. Aplicação e coleta (8º passo): seguindo o planejamento feito anteriormente e contemplando os possíveis ajustes sugeridos pelo pré-teste, operacionaliza-se a coleta dos dados que, obtidos, dão origem a uma matriz ou banco de dados informatizado, a ser utilizado na etapa seguinte.

3.3. Procedimentos analíticos

Esta etapa inclui a finalização do processo de validação e o que o autor denomina de “normatização” do instrumento. São procedimentos estatísticos que compreendem os últimos quatro passos propostos por Pasquali (1998).

3.3.1. Dimensionalidade (9º passo): Pasquali (1997) recomenda que se faça aqui a análise empírica dos dados utilizando a Curva Característica do Item (ICC), também conhecida como *Item Response Theory* (IRT) - Teoria da Resposta do Item (TRI). “Essa teoria estatística, de utilização direta na psicometria, possui grandes vantagens sobre outros métodos tradicionais de análise de itens. Há três parâmetros envolvidos nessa teoria: *a dificuldade, a discriminação e a resposta aleatória (ou melhor, a resposta correta dada ao acaso)*. Em todos eles trabalha-se o

traço latente, entendendo-se que os sistemas psicológicos latentes possuem dimensões, ou seja, propriedades de diferentes magnitudes ou mensuráveis. Por isso, esta teoria também é conhecida como a teoria do traço latente ou a teoria da curva característica do item, pelo fato de produzir uma curva logística para cada item.

“A teoria supõe que o sujeito possua um certo nível de magnitude do traço latente, determinado pela análise das respostas dos sujeitos por meio de diversas funções matemáticas” (p.123).

Para esta análise adota-se o modelo de Lord, em que os “valores são expressos em coordenadas cartesianas, tendo na ordenada a probabilidade de resposta correta”. Esse procedimento produz, para cada item, uma ogiva, chamada de curva característica do item (*Item Characteristic Curve* ou ICC) (p.124).

No presente estudo, essas análises não foram realizadas em função de limitações técnicas.

3.3.2. Análise dos itens (10º passo): utiliza-se da análise fatorial.

Constitui, segundo Pasquali (1997) uma técnica estatística imprescindível no contexto da psicometria, sobretudo para a validade e fidedignidade do instrumento (p.189).

O autor acrescenta que esta técnica tem como “pressuposto que as variáveis observadas, medidas, chamadas de variáveis empíricas ou observáveis, pode ser explicada por um número menor de variáveis não-observáveis, chamadas precisamente de variáveis-fonte. Essas variáveis-fonte são a razão pela qual as variáveis observáveis se relacionam entre si, sendo as responsáveis pelas intercorrelações (covariância) entre estas variáveis. Supõe-se que se as variáveis

empíricas se relacionam entre si é porque elas têm uma causa comum que produz esta correlação. É a essa causa comum que se chama de fator, cuja descoberta é precisamente a tarefa da análise fatorial” (p.190).

Portanto, a análise fatorial “tem como lógica verificar precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens”(p.171).

As cargas fatoriais são as que determinam a correlação entre as próprias variáveis empíricas.

“Dessa forma, a validade de construto de um teste é determinada pela grandeza das cargas fatoriais (que são correlações que vão de -1 a +1) das variáveis no fator, sendo aquelas a representação comportamental deste fator, que, por sua vez, é o traço latente para o qual elas foram inicialmente elaboradas como representação empírica” (Pasquali, p.173).

A análise fatorial integra a validade de construto que, segundo Pasquali (1997) “busca descobrir se a representação (teste) constitui uma representação legítima, adequada do construto” (p.168).

3.3.3. Precisão da escala (11º passo): Pasquali (1997) ressalta que o parâmetro fidedignidade dos testes vem referenciado sob uma série elevada e heterogênea de nomes. Estes são, principalmente, precisão, fidedignidade e confiabilidade. Entre esses nomes podemos relacionar as técnicas utilizadas na coleta empírica da informação ou da técnica estatística utilizada para a análise dos dados empíricos como: estabilidade, constância, equivalência, consistência interna (p.127).

Para o autor, a fidedignidade ou a precisão de um teste diz respeito à característica que ele deve possuir - a de medir sem erros - donde os nomes precisão, confiabilidade e fidedignidade. Medir sem erros significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre essas duas medidas deve ser de 1. Entretanto, como o erro está sempre presente em qualquer medida, essa correlação afasta-se mais do 1 à proporção que for maior o erro cometido na medida. A análise da precisão de um instrumento psicológico quer mostrar precisamente o quanto ele se afasta do ideal da correlação 1, determinando um coeficiente que, quanto mais próximo de 1, menor será o erro cometido na utilização do teste (p. 127).

Segundo LoBiondo-Wood, Haber (2001) as medidas utilizadas para avaliar a confiabilidade são:

- *Estabilidade*: considera-se um instrumento estável ou exibidor de estabilidade quando os mesmos resultados são obtidos em administração repetida do instrumento. A medida utilizada para avaliar a estabilidade é o teste-reteste, que consiste em administrar o mesmo instrumento aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes em duas ocasiões diferentes e comparar os escores obtidos. Essa comparação é expressa por um coeficiente de correlação, normalmente um *r de Pearson*. O intervalo entre administrações repetidas varia e depende do fenômeno que está sendo medido (p.194).
- *Homogeneidade ou consistência interna*: a consistência interna existe quando as questões dentro da escala refletem ou medem o mesmo conceito.

Isso significa que as questões da escala se correlacionam ou são complementares umas com as outras (p.194).

Para Pasquali (1997) “a análise da consistência interna do teste implica o cálculo das correlações de cada item individualmente com o restante do teste”(p.169-70).

O método mais comumente usado para avaliar a consistência interna é o alfa de *Cronbach* ou coeficiente alfa.

Pasquali (1997) salienta que esse coeficiente “reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo assim de indicador da consistência interna do próprio teste”. E acrescenta que o coeficiente alfa vai de 0 a 1, indicando o 0 ausência total de consistência interna dos itens, e o 1, consistência de 100% (p.139-40).

Para LoBiondo-Wood, Haber (2001) “a confiabilidade e a validade são dois aspectos cruciais na avaliação crítica e no rigor de um instrumento de medição”(p.196).

“A confiabilidade e a validade de um instrumento não constituem qualidades totalmente independentes. Um instrumento de mensuração que não seja confiável, não é capaz, provavelmente, de ser válido”(Polit e Hungler, 1995. p.207).

3.3.4. Estabelecimento de normas (12º passo): “a padronização ou normatização, em seu sentido mais geral, refere-se à necessidade de existir uniformidade em todos os procedimentos no uso de um teste válido e preciso: desde as precauções a serem tomadas na aplicação do teste, até o desenvolvimento de parâmetros ou critérios para a interpretação dos resultados obtidos”(Pasquali, 1997. p.205).

O mesmo autor menciona que o “critério de referência ou a norma de interpretação é constituída tipicamente por dois padrões: 1) o nível de desenvolvimento humano (*normas de desenvolvimento*); 2) um grupo padrão constituído pela população típica para a qual o teste é construído (*normas intragrupo*)”(p.206).

Normas de desenvolvimento: as normas de interpretação dos escores de um teste baseadas no desenvolvimento fundamentam-se no desenvolvimento progressivo (nos vários aspectos de maturação psicomotora, psíquica, etc) pelo qual o indivíduo passa ao longo de sua vida (idade mental, série escolar, estágio de desenvolvimento) (p.206).

Normas intragrupo: o critério de referência dos escores é o grupo ou a população para a qual o teste foi construído. É referenciado em termos de: 1) posto percentílico ou 2) desvio padrão (z). Como normalmente não são conhecidos os escores da população, é sobre uma amostra representativa desta que as normas são estabelecidas (p.208).

No caso de testes de aprendizagem, existe ainda a norma referente a critério (*criterion-referenced*).

Neste estudo não foram definidos os critérios para interpretação dos resultados com a aplicação do instrumento construído.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de desenvolvimento metodológico. Estudo metodológico é definido por Burns & Grove (2001. p.284) como “o estudo projetado para desenvolver a validade e a confiabilidade dos instrumentos a fim de medir construtos usados como variáveis em pesquisa”.

Nesse estudo, para a construção do instrumento de avaliação do *sentimento de impotência*, utilizamos o método de Pasquali (1998), composto por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos (estatísticos).

A seguir, descreveremos cada um desses procedimentos. Os resultados obtidos em cada etapa serão apresentados no capítulo de Resultados. No entanto, quando necessário para a adequada exposição dos métodos, alguns resultados poderão ser adiantados neste capítulo.

4.2. Procedimentos teóricos

Para a construção adequada de um instrumento para medir um construto, precisa-se explicitar a dimensionalidade desse construto, defini-lo constitutiva e operacionalmente e, ao final, operacionalizá-lo em termos comportamentais (itens) (Pasquali, 1998. p.2).

Os procedimentos teóricos de construção do instrumento iniciaram-se com a exploração teórica sobre o construto *sentimento de impotência*, culminando com a opção pelo modelo de White, Roberts (1993) para fundamentar os procedimentos

subseqüentes. Nesse modelo, descrito no capítulo anterior, o *sentimento de impotência* constitui-se de quatro áreas de perda de controle pessoal: fisiológica, cognitiva, ambiental e decisória. Essas áreas foram assumidas como dimensões teóricas do *sentimento de impotência* que, por sua vez, poderiam se manifestar comportamentalmente.

Uma vez definida a dimensionalidade teórica do construto, é preciso conceituá-lo de forma detalhada, novamente baseando-se na literatura pertinente, nos peritos da área e na própria experiência (Pasquali, 1998. p.4). Para clarificar o construto, foram estabelecidas as definições constitutivas e operacionais do *sentimento de impotência* que nortearam o desenvolvimento do instrumento.

A definição constitutiva situa o construto, exata e precisamente dentro da teoria desse construto, dando, portanto, as balizas e os limites que ele possui (Pasquali, 1998. p.4).

Adotou-se, nesse estudo, como definição constitutiva, a definição de *sentimento de impotência* da NANDA (2002. p.124, 2003. p.141): “a percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato”.

White, Roberts (1993. p.127-8) definem o *sentimento de impotência* como a “perda pessoal de controle sobre uma situação, envolvendo as quatro dimensões” citadas anteriormente.

As duas definições centram-se na idéia de controle sobre situações; uma se refere à *falta* de controle e a outra, à *perda* de controle. A da NANDA não trata de dimensões, e a de White, Roberts não se refere à percepção da pessoa sobre o resultado de suas ações. Apesar dessas diferenças, pode-se admitir que existe

coerência conceitual entre as duas definições. Como uma das razões para se desenvolver o instrumento para avaliação do *sentimento de impotência* é contribuir para o refinamento do diagnóstico, e também porque até o momento não identificamos possibilidades de alterações relevantes na definição proposta pela NANDA, optamos por assumi-la neste estudo. De White e Roberts (1993), assumimos a proposta das dimensões do *sentimento de impotência*.

Ambas têm como núcleo conceitual a conseqüência da perda / falta de controle desencadeando o *sentimento de impotência*. O *sentimento de impotência* expressa-se por comportamentos que são as inferências observáveis, as quais seriam os indicadores do *sentimento de impotência*, ou suas características definidoras, designação atribuída pela NANDA aos referentes empíricos de uma resposta (diagnóstico).

A NANDA apresenta, junto com a definição dos diagnósticos, uma relação de suas possíveis características definidoras. White e Roberts (1993) focalizam a atenção na descrição teórica do conceito e não tratam, especificamente, de seus referentes empíricos.

Para concluir a etapa dos procedimentos teóricos, houve a operacionalização do conceito em itens, isto é , buscou-se identificar os possíveis referentes empíricos do *sentimento de impotência* que ofereceram o conteúdo para construção dos itens. O conjunto de itens é a definição operacional do conceito.

Na construção dos itens, o *sentimento de impotência* foi representado por comportamentos verbais, motivo pelo qual os conteúdos dos itens referir-se-ão ao auto-relato de expressões do *sentimento de impotência*.

Os itens foram construídos com base em diversas fontes: além das características definidoras da NANDA e do modelo de *sentimento de impotência* escolhido, consideraram-se a descrição pessoal de pacientes, os registros em histórico de enfermagem de alunos de graduação e enfermeiros, as características definidoras do *sentimento de impotência* segundo a taxonomia da NANDA, além de outras fontes bibliográficas descritas em estudo anterior (Braga,1999).

Procedeu-se então o levantamento bibliográfico das possíveis características definidoras do *sentimento de impotência* que permitiu identificar vinte e seis características. Após estudá-las, aceitou-se que algumas poderiam ser fundidas, chegando ao total de dezessete características definidoras. Para cada uma, foi estabelecida uma definição operacional com base em diversas fontes bibliográficas.

Considerando o modelo de White e Roberts (1993) produziu-se uma listagem de afirmações cujos conteúdos poderiam referir-se a manifestações do *sentimento de impotência*. Nesse trabalho, feito de forma livre, considerou-se apenas se todas as possíveis manifestações observadas nas fontes indicadas estavam representadas entre essas afirmações.

Essas afirmações foram reunidas às possíveis características definidoras identificadas. Cada unidade desse conjunto foi categorizada em uma das quatro dimensões do modelo *sentimento de impotência* de White, Roberts (1993) e, durante esse processo, foram eliminadas aquelas que tratavam de expressões muito semelhantes.

Ao final desses procedimentos, dispúnhamos de 111 afirmações que poderiam constituir itens do instrumento em construção. Desses 111 itens (100%), 85 itens (77%) eram afirmações indicativas de presença do *sentimento de impotência*

(favoráveis ao *sentimento de impotência*) e 26 itens (23%) eram afirmações indicativas de ausência de *sentimento de impotência* (desfavoráveis ao *sentimento de impotência*).

Como o conceito de *sentimento de impotência* tem forte ênfase na idéia de percepção de controle e escalas existentes de conceitos ou construtos semelhantes ao que se pretende estudar e que podem, também, ser fontes de itens para o novo instrumento (Streiner, Norman, 1995. p.19), decidiu-se incluir os itens da escala de “*Locus de Controle na Saúde*” (Wallston KA, Wallston BS, Devellis, 1978. p.160-70).

A seguir, descreveremos essa escala com suas características psicométricas e parâmetros principais.

A escala de “*Locus de Controle na Saúde*” (Wallston KA, Wallston BS, Devellis, 1978) tem 18 itens em 3 dimensões: “*Internalidade para a Saúde*”(Internal Health Locus of Control - IHLC); “*Externalidade - Outros Poderosos para a Saúde*” (Powerful Others Health Locus of Control - PHLC); e “*Externalidade - Acaso para a Saúde*” (Chance Health Locus of Control - CHLC). A cada dimensão correspondem 6 itens.

A escala traduzida para o português (ANEXO A), aplicada a amostras em nosso meio, produziu resultados que permitiram confirmar as suas 3 dimensões originais (Dela Coleta, 2004). Verificou-se a confiabilidade (consistência interna) pelo alfa de Cronbach, encontrando-se valores entre 0,62 e 0,67 para a subescala IHLC, 0,62 a 0,71 para a subescala PHLC e 0,51 a 0,78 para a subescala CHLC. Os coeficientes alfa encontrados em estudos brasileiros foram semelhantes aos obtidos

com amostras norte-americanas (0,61 a 0,72 para IHLC; 0,56 a 0,64 para PHLC e 0,47 a 0,70 para CHLC) (Dela Coleta JA, Dela Coleta MF, 1996. p.29).

As escalas são auto-administráveis, mas podem-se obter as respostas verbalmente por entrevista (por exemplo, com sujeitos analfabetos ou fisicamente incapacitados) (Dela Coleta JA, Dela Coleta MF, 1996). Cada item é uma afirmação para a qual há cinco alternativas de respostas em termos de intensidade de concordância do respondente com a afirmação e o valor de cada alternativa varia de 1 a 5.

Para a obtenção dos escores finais, os valores dos itens referentes a cada subescala são somados da seguinte forma, segundo (Dela Coleta JA, Dela Coleta MF, 1996. p.28):

Escala IHLC: somar os itens 1, 6, 8, 12, 13 e 17;

Escala PHLC: somar os itens 3, 5, 7, 10, 14 e 18;

Escala CHLC: somar os itens 2, 4, 9, 11, 15 e 16.

Os escores variam de 6 a 30 e indicam, quanto maior o valor, maior a crença em que cada uma das fontes (interna, pessoas poderosas e acaso) controla o próprio estado de saúde (Dela Coleta JA, Dela Coleta MF, 1996).

A escala não produz um escore total, mas Tamayo (1993) propôs, para ser aplicada aos totais das subescalas, uma fórmula que produz uma síntese em termos de internalidade. A fórmula da Internalidade Total (Tamayo, 1993) foi aplicada para constatar a predominância do *locus*:

$$\text{Internalidade Total}^* = i - \frac{op + ac}{2}$$

i = escore obtido em “internos” (na subescala IHLC)

op= escore obtido em “outros poderosos” (na subescala PHLC)

ac= escore obtido em “acaso” (na subescala CHLC).

Nota: * Fórmula indicada por Dela Coleta JA. In: Tamayo A. Locus de Control: diferencias por sexo y por edad. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1993; 39(4):301-8.

Os 18 itens da escala de “*Locus* de Controle da Saúde”, somados às 111 afirmações preliminares, resultaram no total de 129 afirmações. Essa listagem inicial dos 129 itens envolveu, além das quatro dimensões do conceito em estudo (perda de controle fisiológica, cognitiva, ambiental, decisória), os itens de *locus* de controle.

Portanto, nessa fase dispúnhamos de 129 itens (100%), sendo 18 itens (13,95%) referentes ao *locus* de controle, 20 itens (15,50%), à perda do controle fisiológico, 31 itens (24,03%) à perda do controle cognitivo, 21 itens (16,28%), à perda de controle ambiental e 39 itens (30,23%), à perda de controle decisório.

Conforme indicado por Pasquali (1997. p.97), as 129 afirmações (itens) foram submetidas a seis juízes, enfermeiras pesquisadoras, com conhecimento sobre diagnóstico de enfermagem e elaboração de instrumentos de pesquisa, para que julgassem a validade aparente de conteúdo (análise teórica dos itens). Os mesmos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, sendo informados quanto ao propósito e procedimentos do estudo (ANEXO B).

Foi solicitado a cada juiz indicar no instrumento quais itens se referiam à expressão de *sentimento de impotência* e à qual área de perda de controle (fisiológica, cognitiva, ambiental e decisória) conforme White e Roberts (1993). Os juízes receberam as definições de *sentimento de impotência* e de cada área de perda de controle que correspondem às supostas dimensões do conceito. Cada item poderia receber, de cada juiz, os seguintes pontos: +1 se o item fosse manifestação de *sentimento de impotência*, 0 se o juiz ficasse indeciso para identificar se o item era ou não manifestação de *sentimento de impotência*, e -1 se o item definitivamente não fosse manifestação de *sentimento de impotência*. A mesma escala seria aplicada para indicar a área de perda de controle à qual o item fosse mais pertinente (ANEXO C).

Quanto à pertinência do item ao *sentimento de impotência*, a média das respostas dos juízes em cada item poderia variar de -1 a $+1$ e quanto mais próxima de $+1$, maior a concordância entre eles de que o item era pertinente. Pasquali sugere que se aceitem itens com índice de concordância acima de 0,80. Por considerarmos essa fase muito preliminar e porque nenhum dos juízes era especialista no conceito de *sentimento de impotência* especificamente, decidiu-se manter os itens com índices acima de 0,60.

As respostas dos juízes produziram médias de concordância que variaram, como o esperado, entre $+1$ e -1 . A análise de cada item, frente às médias obtidas das respostas dos juízes, mostrou que alguns itens que ficaram com médias negativas pareciam claramente ser pertinentes ao *sentimento de impotência*. Aprofundando a análise, pudemos inferir que alguns juízes avaliaram diferentemente as afirmações que, apesar de serem pertinentes ao *sentimento de impotência*, estavam enunciadas em sentido oposto ao que seria esperado nos casos de *sentimento de impotência*. Um exemplo foi o item 70: “*Sinto que tenho um bom controle da minha situação*” que obteve média de $-0,33$. Com esse valor, esse item, pela definição do ponto de corte, deveria ser excluído. Admitindo que seria um erro eliminá-lo, analisamos todos os outros itens que tinham enunciado em sentido oposto ao *sentimento de impotência* e as médias obtidas entre os juízes. Sempre com a intenção de não eliminar precocemente nenhum item, resolvemos manter, além dos itens que obtiveram média acima de 0,60, também aqueles que estavam enunciados em sentido contrário ao *sentimento de impotência*, mas, que no nosso entendimento, eram pertinentes ao conceito, independentemente das médias obtidas entre os juízes. Outro item desse

tipo foi o item 95: “*Estou satisfeito com o controle que tenho sobre os problemas físicos que a doença me traz*”.

Cada item foi alocado numa das quatro áreas de *sentimento de impotência*, segundo a maior frequência de indicações entre os juízes. Nos casos em que a maior frequência ocorreu para mais de uma área, a localização do item, entre as duas ou três de maior frequência, foi feita com base em nosso julgamento.

Alguns itens, após o processo de análise de conteúdo dos juízes, sofreram ajustes, permitindo melhor conexão teórica com o conceito que se pretendia medir.

Após essa etapa de validação, restaram 54 itens para compor a versão do instrumento a ser submetido aos testes de adequação de critérios e de inteligibilidade.

Desses 54 itens (100%), 03 itens (5,55%) eram referentes ao *locus* de controle, 12 itens (22,22%) à perda de controle fisiológico, 7 itens (12,96%) à perda de controle cognitivo, 14 itens (25,92%) à perda de controle ambiental e 18 itens (33,33%) referentes à perda de controle decisório.

Quanto aos itens favoráveis e desfavoráveis ao *sentimento de impotência*, 44 itens (86,27%) eram favoráveis e 7 itens (13,73%) desfavoráveis.

Esse conjunto de itens foi submetido novamente à análise dos seis juízes para estimarem se a formulação de cada um dos 54 itens atendia a critérios de adequação estabelecidos por Pasquali (1998. p.7-10) a saber: comportamental, simplicidade, clareza, relevância, credibilidade.

Utilizamos o método congruência item-objetivo, de Waltz, Strickland, Lenz (1991. p.239-40), em que o juiz deveria indicar +1 se o critério fosse atendido pelo item; 0 se houvesse indecisão quanto ao atendimento do critério e -1 se o critério definitivamente não fosse atendido pelo item. Os juízes foram orientados quanto aos

procedimentos para esta etapa e atentamos para o fato de que o item poderia estar enunciado em sentido contrário ao *sentimento de impotência*, com a intenção de evitar o problema enfrentado na primeira fase de avaliação dos itens (ANEXO D).

Houve o julgamento dos 54 itens pelos juízes. Nessa fase mantiveram-se 23 itens que alcançaram índice de validade de conteúdo (IVC), segundo os procedimentos descritos por Waltz, Strickland, Lenz (1991. p.173), de, no mínimo, 0,80.

Vale ressaltar que, nessa etapa, os três itens da escala de *locus* de controle que ainda haviam permanecido foram eliminados. Dessa forma, já nos procedimentos teóricos, nenhum item do instrumento em construção era proveniente da escala de *locus* de controle.

Esses três itens eliminados foram o item 52: “*Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo*”; o item 53: “*Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar*” e o item 54: “*Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente*”.

Desses 23 itens (100%), 22 itens (96%) eram favoráveis ao *sentimento de impotência* e 1 item (4%) era desfavorável. Quanto às áreas de perda de controle pessoal, 5 itens (21,73%) diziam respeito à perda de controle fisiológico, 3 itens (13,04%), à perda de controle cognitivo, 6 itens (26,10%) referiam à perda de controle ambiental e 9 itens (39,13%), à perda de controle decisório.

Para encerrar esta etapa de análise teórica, os 23 itens foram submetidos à análise semântica, sendo examinados quanto à inteligibilidade em um pré-teste (ANEXO E).

O pré-teste teve o objetivo de verificar a compreensão do instrumento por uma amostra de 25 pacientes, iniciando com o estrato mais baixo da população-meta, conforme Pasquali (1998. p.12) preconiza. Nos três hospitais selecionados, as características quanto ao estrato da população-meta eram aparentemente semelhantes. Nesta etapa, observou-se o cuidado de checar os itens com pequenos grupos de pacientes (3 ou 4), utilizando-se a técnica de *brainstorming* (Pasquali, 1998. p.12). Nela, os itens foram postos em discussão em grupos de 3 ou 4 pacientes adultos internados em clínicas médico-cirúrgicas. Apresentaram-se um a um os itens e pediu-se que os pacientes os reproduzissem com as suas próprias palavras. Se a reprodução não fosse consensual ou se não correspondesse ao que pretendíamos com o item, ele era reformulado. Esse procedimento, proposto por Pasquali (1997. p.96, 1998. p.12), poderia ser repetido em até seis sessões, com grupos diferentes de pacientes, ou até que todos os itens ficassem inteligíveis, ocorrendo a saturação.

Neste estudo foram realizadas quatro sessões para testar a inteligibilidade dos 23 itens, nos três hospitais selecionados para o estudo, com um total de 25 pacientes.

Na última sessão, realizada em dois hospitais selecionados, com 10 pacientes, o instrumento continha 21 itens, porque nas sessões anteriores dois itens haviam sido eliminados. Esses foram reproduzidos adequadamente, denotando ocorrer uma saturação. Esses 21 itens foram analisados novamente pela pesquisadora e orientadora, com o cuidado de observar se eram favoráveis ou desfavoráveis e em qual (quais) dimensão (dimensões) do construto eles se distribuíam. Dos 21 itens (100%), 15 itens (71,42%) eram favoráveis ao *sentimento de impotência* e 6 itens (28,57%) eram desfavoráveis.

Quanto às dimensões, observou-se que alguns itens poderiam ser categorizados em mais de uma dimensão, ficando 3 itens na área fisiológica, 2 itens na área cognitiva, 4 itens na área ambiental e 4 itens na área decisória; 7 itens poderiam ser categorizados nas áreas decisória, fisiológica ou cognitiva e 1 item poderia ser na área decisória ou cognitiva.

Nessa etapa de inteligibilidade foram seguidas todas as normas de ética em pesquisa vigentes, obedecendo à Resolução 196/95. Termo de consentimento após esclarecimento foi assinado pelos pacientes que concordaram em participar do estudo (ANEXO E).

Os 21 itens que resistiram até o final da avaliação de inteligibilidade foram organizados em um único formulário, aplicado na fase empírica do estudo e que, a partir deste momento, será designado de instrumento preliminar.

4.3. Procedimentos empíricos

Os procedimentos empíricos têm a finalidade de obter respostas de amostra da população para a qual o instrumento está sendo desenvolvido (população-alvo), para que possam ser submetidas a análises a fim de estimar propriedades de validade e confiabilidade de cada item e do conjunto de itens. Trata-se, portanto, de procedimentos de coleta de dados dos sujeitos que representam o grupo de interesse com vistas à análise da qualidade psicométrica do instrumento.

Neste estudo, os procedimentos empíricos foram delineados para subsidiar a seleção dos itens para o instrumento e para obter estimativas de confiabilidade (consistência interna, teste e reteste) e de validade (análise fatorial, validade

convergente). Além dessas finalidades diretamente relacionadas ao objetivo principal deste estudo, os procedimentos empíricos também visavam a verificar se o *locus* de controle se distinguia do *sentimento de impotência*, e analisar as possíveis associações entre essas duas variáveis.

4.3.1. Local

Essa fase do estudo foi desenvolvida em três hospitais filantrópicos nas cidades de Itajubá e Pouso Alegre, situadas no sul de Minas Gerais.

A justificativa para escolha desses hospitais foi o fato de pertencerem à área de atuação da pesquisadora.

Para fins de esclarecimento e conhecimento da realidade de cada hospital selecionado para o estudo, mediante dados coletados com o serviço de administração desses hospitais, descreveremos as características de cada um, especialmente as unidades médico-cirúrgicas, locais de recrutamento de sujeitos para o estudo.

O primeiro hospital caracteriza-se como de grande porte, privado, situado a 60 km de Itajubá, na cidade de Pouso Alegre. Contém 271 leitos, sendo 76 leitos de clínica médica, feminina e masculina, e 50 leitos de clínica cirúrgica, feminina e masculina. É referência para 25 municípios.

O segundo hospital caracteriza-se por ser de médio porte, com 141 leitos, sendo 58 leitos de clínica médica, feminina e masculina, e 41 leitos de clínica cirúrgica, feminina e masculina. É referência para 15 municípios.

O terceiro hospital caracteriza-se por ser de médio porte, com 102 leitos, sendo 42 leitos de clínica médica, feminina e masculina, e 13 leitos de clínica cirúrgica, feminina e masculina. É referência para 13 municípios.

Os documentos comprobatórios de autorização da coleta em cada hospital estão de posse da pesquisadora e aqui não foram anexados, tendo em vista o compromisso de preservar o anonimato das Instituições (Ministério da Saúde, 2002. p.38).

Após a autorização das três Instituições envolvidas no presente estudo é que se deu início à coleta dos dados, realizada pela própria pesquisadora, no período de novembro a dezembro de 2003, em turnos matutino, vespertino e noturno durante todos os dias, inclusive nos finais de semana.

4.3.2. Amostra

A amostra foi composta por pacientes maiores de 18 anos, internados nas clínicas médica ou cirúrgica dos três hospitais.

O número de pacientes foi de duzentos e dez, igual a 10 vezes o total de itens (21itens) que compuseram o instrumento, conforme orientação de Nunnaly, Bernstein (1994).

Compuseram a amostra pacientes que aceitaram participar do estudo e que se expressaram por escrito ou oralmente.

Todos os participantes que consentiram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido informados sobre

os objetivos do estudo, consultados sobre o interesse em colaborar e assegurados quanto ao anonimato.

4.3.3. Coleta dos dados

4.3.3.1. Procedimentos de coleta

Os pacientes foram convidados a participar do estudo. Foi-lhes explicado que a participação era voluntária e esclarecidos os objetivos do estudo e o método. Os que concordaram em participar assinaram o TCLE.

4.3.3.2. Instrumento

Os 21 itens que se mantiveram ao final dos procedimentos teóricos foram formatados num instrumento para serem respondidos numa escala tipo *Likert*, de frequência, de cinco pontos, variando de nunca a sempre. Nessa escala, atribuiu-se aos itens com significado favorável a seguinte pontuação: 1= nunca; 2= raramente; 3= às vezes, 4= freqüentemente; 5= sempre. Para os itens com significado desfavorável, os valores foram invertidos: nunca=5; raramente=4; às vezes=3; freqüentemente=2; sempre=1.

Todos os 18 itens da escala de *locus* de controle de Wallston KA, Wallston BS, Devellis (1978) foram acrescentados aos 21 itens mantidos, após a avaliação, pelos juízes. A finalidade desse procedimento foi verificar se os itens de *locus* de

controle formam um fator separado dos outros itens da escala para testar a hipótese de que o *sentimento de impotência* é um conceito diferente do de *locus* de controle.

O ANEXO F apresenta o instrumento tal como foi aplicado na fase empírica.

Para a pontuação dos escores da escala de controle foram seguidas as instruções de Dela Coleta JA, Dela Coleta MF (1996), exceto com relação às alternativas de resposta, que, em vez de serem enunciadas em termos de concordância, foram enunciadas em termos de frequência. Dessa forma, os itens da escala de *locus* de controle puderam ser adicionados aos itens criados para a escala de impotência, compondo uma só sequência de itens.

Antecedendo os itens, houve um espaço para a identificação do número de ordem do paciente, data e hospital, além das orientações para responder os itens. O instrumento foi auto-aplicado e, apenas nos casos em que o paciente não tinha condições de ler ou escrever, foi aplicado por intermédio de entrevista, com a menor interferência possível da pesquisadora.

Uma Ficha de Identificação utilizada tanto para a amostra do teste-reteste como para os demais respondentes da amostra, contendo número de ordem, número de registro no prontuário do paciente, registro de informações pessoais, sociais e clínicas dos pacientes foi incluída ao instrumento propriamente dito. Nessa ficha foram registrados: nome, sexo, idade, estado civil, situação conjugal e familiar, ocupação exercida imediatamente antes da internação, e anos de escolaridade. Quanto aos dados clínicos, foram incluídos: diagnóstico médico principal (entendido como o motivo da internação), diagnósticos médicos secundários, tipo de tratamento (clínico, cirúrgico ou ambos), tempo de internação na data da coleta dos dados,

experiências anteriores com internações hospitalares, data da coleta e o respectivo hospital (ANEXO G).

Nessa mesma Ficha de Identificação foi incluída a pergunta: Quanto de controle você sente que tem sobre a sua situação? As respostas poderiam ser uma das seguintes alternativas: 1=muito, 2=bastante, 3=pouco, 4=quase nada, 5=nada. As médias dos escores a essa pergunta foram comparados aos escores dos itens da escala para testar a hipótese de que haveria forte correlação positiva entre eles. Como não há outro instrumento com propriedades psicométricas válidas e confiáveis e normatizado para medir esse mesmo conceito, as respostas à pergunta geral foram analisadas como uma estimativa de validade de construto do instrumento (validade convergente).

Em 20% da amostra (42 pacientes), o instrumento foi aplicado em duas ocasiões distintas, com intervalo de uma semana. As respostas foram analisadas como teste-reteste em termos de correlação entre as duas coletas. Obteve-se, desta forma, dois escores para cada um dos pacientes: um escore como resultado da primeira aplicação (teste) e outro escore como resultado da segunda aplicação (reteste). Esses escores foram utilizados para estimar a estabilidade da medida. A hipótese aqui era de que não haveria diferenças nos escores entre as duas fases de respostas. O instrumento do segundo momento de coleta conteve espaço para o respondente indicar o que aconteceu de mais importante entre uma coleta e outra. (ANEXO H). Essa pergunta teve a finalidade de identificar os pacientes que viveram algum evento muito marcante que pudesse interferir no *sentimento de impotência*. Caso isso ocorresse, as respostas seriam descartadas antes de se processarem as análises estatísticas.

O tempo utilizado para o preenchimento foi em torno de trinta minutos, sendo que a única dúvida manifestada por alguns pacientes foi sobre o significado do termo controle.

Tomou-se o cuidado durante o teste-piloto (com três doentes) para que não houvesse a interpretação errônea ou diversa sobre o que vinha a ser “controle” no contexto do estudo. Por isso, utilizou-se do texto elaborado na dissertação de mestrado da autora que versava sobre controle, cujo objetivo era expressar para o paciente a idéia de controle sobre a qual se trataria na entrevista (ANEXO I).

A pesquisadora apresentava o texto antes da entrevista e o paciente que tivesse condições e assim o quisesse, podia acompanhar a leitura em impresso a ele fornecido. Ao paciente era permitido perguntar e buscar esclarecimentos sobre o conceito, até que se sentisse satisfeito.

4.3.4. Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS. Foram utilizadas as determinações da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (C.N.S) (ANEXO J) que dispõe sobre os aspectos ético-legais dos estudos científicos que envolvem seres humanos. Consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que o paciente recebeu as orientações sobre o estudo, que a sua participação é por livre e espontânea vontade, que poderá desistir de participar em qualquer momento do estudo, que não receberá nenhuma recompensa financeira pela participação e que os direitos de sigilo e anonimato serão garantidos. Os pacientes que concordaram

em participar do estudo assinaram o termo em duas vias, mantendo uma consigo e devolvendo outra para a pesquisadora.

4.4. Procedimentos analíticos

As respostas obtidas foram codificadas e lançadas em planilhas eletrônicas. Houve alguns itens que ficaram sem respostas em poucos casos. Para as análises fatoriais, as respostas em branco foram preenchidas pela média, e das outras análises foram excluídos os conjuntos das respostas nos casos em que havia uma ou mais respostas faltantes. As análises e procedimentos estatísticos foram realizados por profissional especializado.

Os dados de caracterização da amostra foram analisados por estatísticas descritivas, que também foram aplicadas aos itens da escala em desenvolvimento e aos itens da escala de controle.

4.4.1. Seleção dos itens

A fim de selecionar os itens para o instrumento de *sentimento de impotência*, foram realizadas a análise do poder de discriminação dos itens, a correlação item-total (considerando-se os 21 itens do instrumento preliminar), a análise fatorial e, novamente, a correlação item-total, segundo os componentes produzidos pela fatorial.

O poder de discriminação dos itens foi estimado analisando-se as respostas dos pacientes que obtiveram escores totais mais elevados com as respostas dos que obtiveram escores totais mais baixos. Definiram-se como escores totais extremos

aqueles obtidos pelos, aproximadamente, 26% dos respondentes com escores mais elevados e a mesma proporção de pacientes com escores totais mais baixos. As médias dos escores em cada item desses dois subgrupos de pacientes foram comparadas pelo teste t. Foram aceitos como itens com alto poder de discriminação aqueles que, nessa comparação, foram estatisticamente diferentes. O poder de discriminação dos itens foi utilizado apenas como indicativo de exclusão de itens, mas não se excluiu nenhum item com base nele.

Os resultados da correlação item-total (21 itens) nortearam a primeira fase de decisão quanto à manutenção de cada item. Definiu-se que os itens com coeficientes de correlação inferiores a 0,20 ou superiores a 0,80 seriam excluídos. A base para esse critério foi o pressuposto de que bons itens devem ter coeficientes de correlação item-total moderados.

Os itens que se mantiveram após a análise de correlação item-total foram submetidos à análise fatorial pelo método de componentes principais. Nessa análise, foram critérios para exclusão de itens: carga fatorial menor que 0,30 em pelo menos um componente (fator) (Kline, 2000) e isolamento de um item em um fator. Os itens dos componentes produzidos pela fatorial foram submetidos à correlação item-total e à estimativa do alfa de Cronbach. Nessa fase, os critérios de exclusão foram: coeficientes de correlação menores que 0,20 ou maiores que 0,80, ou melhora do alfa com a exclusão do item.

Ao final desses procedimentos, obtivemos os itens que, dentre os 21 do instrumento preliminar, foram definidos como os melhores para compor um instrumento a ser analisado quanto a suas propriedades psicométricas.

4.4.2. Propriedades psicométricas

As respostas aos itens selecionados foram submetidas a procedimentos estatísticos para estimar a confiabilidade e a validade.

4.4.2.1. Análise da confiabilidade do instrumento

Para a análise da confiabilidade do instrumento foram estimadas a consistência interna e a estabilidade (teste-reteste). A consistência interna foi estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach, segundo os componentes produzidos com a análise fatorial sobre os itens mantidos após a etapa de seleção. Foram aceitos itens que mantiveram correlação item-total maior que 0,20 e fatores com alfa maior que 0,50. A estabilidade foi analisada segundo o coeficiente Kappa, aplicado aos itens individualmente. O Kappa estima que a concordância entre avaliações varia entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1, maior a concordância. Foi aplicado também o teste t para verificar se não havia diferenças significantes entre as médias dos escores, em cada item e no total, entre as duas aplicações do instrumento.

4.4.2.2. Análise da validade do instrumento

A validade do instrumento foi estimada em termos de validade de construto e de validade convergente. Para Pasquali (1997), a validade de construto

é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos. (p.167-8).O método de componentes principais foi utilizado para identificar os fatores que explicam a maior proporção de variância das respostas obtidas. Foram realizadas diversas rotações, escolhendo-se a que produziu a melhor solução (melhor discriminação espacial dos fatores). Os itens de cada fator produzido foram analisados qualitativamente, para verificar se eram capazes de representar as dimensões propostas por White, Roberts (1993).

Assim, os resultados da análise fatorial serviram para discutir o modelo de *sentimento de impotência* adotado, bem como a própria capacidade do instrumento em refletir esse modelo.

Na aplicação da análise fatorial foram considerados os fatores com auto-valores (*eigenvalue*) maiores que 1, e cargas fatoriais maiores que 0,30.

O *eingevalue*, para Pereira (2001. p.123) é “a medida de quanto da variância total das medidas realizadas pode ser explicada pelo fator. Corresponde à soma dos quadrados dos *factor loadings* das funções (fatores) derivadas. Ou seja, o *eigenvalue* avalia a contribuição do fator ao modelo construído pela análise fatorial, sendo que um valor pequeno sugere pequena contribuição do fator na explicação das variações das variáveis originais”.

A validação convergente parte do princípio de que para demonstrar a validade de construto, o teste deve se correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria, pela teoria, estar relacionado.

Neste estudo, optou-se por comparar a pergunta incluída na Ficha de Identificação: “Quanto de controle você sente que tem sobre a sua situação?” com os escores médios dos itens da escala para testar a hipótese de que há associação significativa entre eles.

Para atender ao objetivo de verificar se o *locus* de controle distingue-se do *sentimento de impotência*, foi aplicada a análise fatorial ao conjunto dos itens selecionados para o instrumento de *sentimento de impotência* com os itens da escala de *locus* de controle. Kline (2000) apresenta essa possibilidade para estudos sobre a superposição de construtos de personalidade. A diferenciação entre *locus* de controle e *sentimento de impotência* seria representada pelo isolamento dos itens dos dois instrumentos.

Para verificar associações entre controle e *sentimento de impotência*, foram aplicados testes de associação entre os escores de Internalidade Total conforme Tamayo (1993) e os do instrumento de *sentimento de impotência* após a seleção dos itens.

5. RESULTADOS

São apresentados, neste capítulo, os resultados obtidos nas etapas desenvolvidas no presente estudo, com vistas à construção de um instrumento para medir o *sentimento de impotência* e à avaliação de suas propriedades psicométricas.

Inicia-se com a apresentação dos resultados referentes aos Procedimentos Teóricos que subsidiaram a construção dos itens do instrumento e, posteriormente, apresentam-se os resultados obtidos pelos Procedimentos Empíricos e Analíticos.

5.1. Construção do instrumento

5.1.1. Procedimentos teóricos

Os resultados relativos ao tópico em questão referem-se à exploração teórica sobre o construto *sentimento de impotência*, com o estabelecimento de possíveis dimensões. Como já referido, adotou-se o modelo *sentimento de impotência* de White, Roberts (1993), que envolve quatro áreas de perda de controle pessoal. Consta ainda desses resultados o estabelecimento das definições constitutivas a operacionalização deste construto em itens.

Essa etapa conclui-se com a apresentação do instrumento piloto a uma amostra da população-alvo para realizar a análise semântica dos itens, através do teste de inteligibilidade - pré-teste, último passo dos procedimentos teóricos.

5.1.1.1. Identificação do construto *Sentimento de Impotência* e suas dimensões no modelo de White, Roberts (1993)

O *sentimento de impotência* para White, Roberts (1993) envolve a percepção, pelo paciente, de perda de controle. Nesse modelo, são identificadas as quatro dimensões da perda de controle pessoal, como componentes do construto:

FIGURA 3- As quatro dimensões de perda de controle pessoal como componentes do construto de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

5.1.1.2. Definição constitutiva

Adotou-se como definição constitutiva o conceito de *sentimento de impotência* da NANDA (2002. p.124, 2003. p.141), entendido como: “a percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato”.

5.1.1.3. Definições operacionais

Para se identificar os possíveis referentes empíricos (definições operacionais) do conceito de *sentimento de impotência* foram seguidos os seguintes passos:

- a) levantamento bibliográfico das possíveis características definidoras do *sentimento de impotência*; com respectiva fusão dessas características definidoras, quando pertinente;
- b) estabelecimento de uma definição para os termos-chave das características definidoras, segundo fontes consultadas para a construção dessas definições operacionais.

Os resultados desses passos sequenciais estão descritos nas Tabelas 1, 2, 3 a seguir:

TABELA 1– Características definidoras do *Sentimento de Impotência* identificadas na literatura segundo fontes e as suas respectivas “fusões”. São Paulo, 2004.

Nº de ordem	Característica Definidora	Autor
01	Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação.	Miller (1983, 1992b); Nóbrega, Garcia (1994); White, Roberts (1993); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997); Doenges, Moorhouse (1999).
	Expressões abertas ou fechadas de insatisfação sobre a inabilidade para controlar uma situação que tem um impacto negativo na vida.	Carpenito (1995, 1998).

Nº de ordem	Característica Definidora	Autor
	Verbalização de sentimentos de nenhum controle sobre uma situação ou resultado	McFarland, McFarlane (1989).

(continua)

TABELA 1– Características definidoras do *Sentimento de Impotência* identificadas na literatura segundo fontes e as suas respectivas “fusões”. São Paulo, 2004. (continuação)

Nº de ordem	Característica Definidora	Autor
02	Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influência sobre um resultado.	Miller (1983, 1992b); Nóbrega, Garcia (1994); White, Roberts (1993); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997); Doenges, Moorhouse (1999).
03	Expressões verbais relativas à falta total de controle sobre o autocuidado.	Miller (1983, 1992b); Nóbrega, Garcia (1994); White, Roberts (1993); McFarland, McFarlane (1989); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997).
04	Depressão causada pela deterioração física que ocorre apesar de estar seguindo as condutas determinadas.	Miller (1983, 1992b); Nóbrega, Garcia (1994); White, Roberts (1993); Carpenito (1995); McFarland, McFarlane (1989); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997); Doenges, Moorhouse (1999).
05	Passividade.	Miller (1983, 1992b); Nóbrega, Garcia (1994); Carpenito (1995, 1998); McFarland, McFarlane (1989); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003).
06	Apatia.	Nóbrega, Garcia (1994); McFarland, McFarlane (1989); Carpenito (1995, 1998); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997); White, Roberts (1983); Miller (1983, 1992b).
07	Indiferença ao cuidado ou ao processo de decisão Quando há oportunidade. Desinteresse por práticas de autocuidado, quando desafiado.	Nóbrega, Garcia (1994); NANDA (1999). Nóbrega, Garcia (1994).
	Não-participação no cuidado ou tomada de decisão quando são oferecidas oportunidades.	Miller (1983, 1992b); McFarlane, McFarland (1989); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997).
08	Expressões de insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais.	Nóbrega, Garcia (1994); McFarland, McFarlane (1989); Miller (1983, 1992b); White, Roberts (1993); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997); Doenges, Moorhouse (1999).

(continua)

TABELA 1– Características definidoras do *Sentimento de Impotência* identificadas na literatura segundo fontes e as suas respectivas “fusões”. São Paulo, 2004. (conclusão)

Nº de ordem	Característica Definidora	Autor
09	Expressão de dúvida acerca do desempenho de papéis.	Nóbrega, Garcia (1994); White, Roberts (1993); McFarland, McFarlane (1989); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997); Miller (1983, 1992b); Doenges, Moorhouse (1999).
10	Relutância para expressar os verdadeiros sentimentos demonstrando medo de distanciamento das pessoas que lhe prestam cuidado. Medo de alienação dos cuidadores.	Nóbrega, Garcia (1994); McFarland, McFarlane (1989); Miller (1983, 1999b); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997); Doenges, Moorhouse (1999). NANDA (1996, 1999, 2002, 2003).
11	Inabilidade para buscar informações acerca do cuidado. Inabilidade para buscar informações acerca de autocuidado.	Nóbrega, Garcia (1994); McFarland, McFarlane (1989); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Carpenito (1995). Miller (1983, 1992b); Gordon (1997).
12	Dependência de outros, que pode resultar em irritabilidade, ressentimento, raiva e culpa.	Nóbrega, Garcia (1994); McFarland, McFarlane (1989); Miller (1983, 1992b); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Carpenito (1995); Gordon (1997).
13	Falta de manutenção das práticas de autocuidado quando desafiado.	Miller (1983, 1992b), McFarland, McFarlane (1989); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997).
14	Expressão de incerteza sobre os resultados do tratamento.	Miller (1983, 1992b).
15	Ausência de observação de progressos obtidos.	Nóbrega, Garcia (1994); NANDA (1996, 1999); Gordon (1997); Miller (1983, 1992b); McFarland, McFarlane (1989).
16	Dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos.	Miller (1983, 1992b).
17	Expressões de incerteza a respeito de níveis flutuantes de energia.	Nóbrega, Garcia (1994); McFarland, McFarlane (1989); Miller (1983, 1992b); NANDA (1996, 1999, 2002, 2003); Gordon (1997); Doenges, Moorhouse (1999).

TABELA 2 - Termos das características definidoras e suas definições segundo autores para a definição dos referentes empíricos do conceito de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Nº de ordem segundo Tabela 1	Termos	Definição	Autor
01/02/03	Expressões verbais	Conjunto de manifestações visíveis, reveladoras de um estado emocional patente.	Piéron (1969)
01/02/03	Controle	Ato ou poder de controlar, domínio, fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas.	Ferreira (1975)
01	Situação	O modo como uma pessoa ou alguma coisa está situada em relação a determinado ambiente, posição, localização. Conjunto de circunstâncias.	Ferreira (1975)
01/02/03	Verbalização	A linguagem em ação, pode ser falada ou escrita.	Piéron (1969)
04	Depressão	Modificação profunda do humor, no sentido da tristeza e do sofrimento moral, correlativa de um desinvestimento de qualquer atividade.	Chemama (1995)
	Depressão	Estado mental mórbido, que se caracteriza por lassidão, desânimo, fatigabilidade .	Piéron (1969)
05	Passividade	Estado de inatividade e submissão a uma força externa.	Warren (1948)
		Qualidade de passivo. Qualidade ou estado de paciente.	Ferreira (1975)
06	Apatia	Insensibilidade às causas que habitualmente provocam emoções.	Piéron (1969)
		Estado de insensibilidade, impassibilidade, indiferença, falta de energia.	Ferreira (1975)
07	Indiferença	Qualidade de indiferente, desinteresse, apatia, insensibilidade.	Ferreira (1975)

(continua)

TABELA 2 - Termos das características definidoras e suas definições segundo autores para a definição dos referentes empíricos do conceito de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004. (continuação)

Nº de ordem segundo Tabela 1	Termos	Definição	Autor
07	Desinteresse	Falta de interesse, abnegação. Cessar de ter interesse.	Ferreira (1975)
	Autocuidado	Conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem estar e a saúde.	Orem (1995)
	Insatisfação	Falta de satisfação, de contentamento, desgasto.	Ferreira (1975)
		Atitude caracterizada por inquietude e um sentimento de desgasto.	Warren (1948)
08	Frustração	Estado de um sujeito que se acha incapaz de obter o objeto de satisfação que almeja.	Chemama (1995)
	Inabilidade	Qualidade de inábil, que não é hábil, sem destreza ou competência, desajeitado, inapto, incapaz.	Ferreira (1975)
09	Expressão	Enunciado do pensamento por meio de gestos ou palavras escritas ou faladas.	Ferreira (1975)
	Dúvida	Incerteza sobre a realidade de um fato, hesitação, indecisão. Desconfiança, suspeita.	Ferreira (1975)
10	Relutância	Ato ou efeito de relutar, lutar novamente, oferecer resistência.	Ferreira (1975)
	Medo	Uma das emoções fundamentais que se aplica a uma reação afetiva de grande intensidade.	Piéron (1969)

(continua)

TABELA 2 - Termos das características definidoras e suas definições segundo autores para a definição dos referentes empíricos do conceito de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004. (continuação)

Nº de ordem segundo Tabela 1	Termos	Definição	Autor
10		Sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça, susto, pavor, temor, terror.	Ferreira (1975).
12	Dependência	Estado ou caráter dependente, sujeição, subordinação.	Ferreira (1975)
		Relação social de um indivíduo para com o outro, para com a sociedade, de tal índole que o indivíduo em questão que está dependente, recebe ajuda e está com pouco controle dos outros.	Warren (1948)
	Irritabilidade	Propriedade de reagir a certos agentes exteriores.	Ferreira (1975)
		Susceptibilidade à estimulação. Estado de ânimo caracterizado por ira e mal humor.	Warren (1948)
	Ressentimento	Ato ou efeito de ressentir - sentir novamente, magoar-se muito com, sentir profundamente.	Ferreira (1975)
		Atitude de hostilidade generalizada, proveniente de uma situação inferior que o indivíduo não pode corrigir por meio de revalorização.	Piéron (1969)
	Raiva	Sentimento violento de ódio, ou de rancor. Cólera.	Ferreira (1975)
	Culpa	Responsabilidade por ação ou por omissão prejudicial.	Ferreira (1975)
14	Incerteza	Falta de certeza, hesitação, indecisão, perplexidade, dúvida.	Ferreira (1975)

(continua)

TABELA 2 - Termos das características definidoras e suas definições segundo autores para a definição dos referentes empíricos do conceito de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004. (conclusão)

Nº de ordem segundo Tabela 1	Termos	Definição	Autor
15	Progresso	Movimento em uma determinada direção. Aproximação gradual a algum nível para atingir a meta.	Warren (1948)
17	Níveis	Sentido neurológico: designa como que andares, concebido mais no sentido funcional que propriamente estrutural.	Piéron (1969)
	Flutuantes	Sinônimo de variado.	Pieron (1969)
	Energia	Sinônimo de motivação.	Piéron (1969)

TABELA 3 – Referentes empíricos oriundos das características definidoras do diagnóstico de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Nº de ordem segundo a Tabela 1	Referentes empíricos
01	Verbalização de falta de controle ou de influência sobre uma situação, seja o ambiente, a condição física e emocional ou circunstâncias, na qual a pessoa se encontra.
02	Verbalização de falta de controle ou de influência sobre a recuperação da saúde.
03	Verbalização de falta de controle sobre o seu autocuidado.
04	Verbalização de tristeza ante a evolução clínica apesar de seguir as recomendações terapêuticas.
05	Estado de inatividade e submissão ante uma força externa.
06	Expressões de indiferença e insensibilidade diante da situação atual.
07	Verbalização de falta de interesse no cuidado e em tomar decisões quando as oportunidades surgem.
08	Expressões negativas de insatisfação pessoal por não conseguir desempenhar tarefas e/ou atividades prévias.
09	Verbalização de incerteza sobre o que e como fazer na atual situação.
10	Verbalização de dificuldade para expressar os sentimentos verdadeiros por medo de não receber os cuidados necessários.
11	Verbalização de dificuldade de buscar informações sobre seu cuidado.
12	Verbalização de irritabilidade, ressentimento, raiva ou culpa por estar subordinado ao controle de outras pessoas.
13	Verbalização de dificuldade de seguir as orientações do tratamento quando se sente desafiado.
14	Verbalização de incerteza quanto ao resultado do tratamento.
15	Verbalização de dificuldade em reconhecer o progresso obtido pelo regime terapêutico.
16	Verbalização de incerteza quanto ao futuro e de dificuldade de estabelecer objetivos pessoais.
17	Verbalização de incerteza quanto a variação da motivação.

Esses referentes foram utilizados junto com as definições das dimensões do *sentimento de impotência*, segundo White, Roberts (1993), para construirmos os itens relativos ao conceito em estudo.

Com base nessas fontes, foram elaborados 111 itens relacionados ao *sentimento de impotência*, exposto na Tabela 4, a seguir.

TABELA 4– Itens relacionados ao *Sentimento de Impotência*, construídos para este estudo (111 itens). São Paulo, 2004.

Nº	Itens
1	Tenho medo dos cuidadores ficarem bravos e cansarem da minha dependência a todo momento.
2	Eu não quero saber da minha doença e do que está acontecendo comigo.
3	Tenho que aceitar as visitas freqüentes dos médicos e da enfermagem no meu quarto, em horários diferentes.
4	Sinto-me forte fisicamente para enfrentar as limitações que a doença me impõe.
5	Sinto desconfortos que não sei o que significam.
6	Não consigo evitar que as pessoas entrem sem avisar.
7	Não sei se estou melhorando ou piorando.
8	Eu não consigo evitar que o pessoal da enfermagem mexa em minha gaveta.
9	Fico ansioso quando pedem minha opinião sobre meu tratamento.
10	Eu não tenho acesso a informações sobre meu estado de saúde.
11	Sinto-me confiante de que conseguirei enfrentar os problemas físicos.
12	Tenho que obedecer às ordens médicas e de enfermagem quanto à disposição da mesa, cama e escadinha em meu quarto.
13	Eu não me julgo capaz de opinar sobre meu tratamento.
14	Não gosto de ficar sozinho na sala de exame.
15	Não me sinto capaz de sustentar as minhas decisões.
16	Sinto-me incapaz de lidar com as dificuldades que a situação me traz.
17	Sinto-me sendo fiscalizado o tempo todo.

(continua)

TABELA 4– Itens relacionados ao *Sentimento de Impotência*, construídos para este estudo (111 itens). São Paulo, 2004. (continuação)

Nº	Itens
18	Não tenho interesse em participar das decisões sobre o meu tratamento.
19	Eu não consigo me adaptar à rotina hospitalar.
20	Tenho medo de os cuidadores me abandonarem se eu resolver dizer o que prefiro.
21	Sinto que não produzo tudo o que a maioria das pessoas com o mesmo problema que o meu conseguem.
22	Eu gostaria que a equipe médica e a de enfermagem fossem mais honestos comigo.
23	Tenho medo de não controlar meu organismo perto das pessoas.
24	Eu gosto de tomar decisões sobre minha situação de saúde e tratamento.
25	A doença põe limites que não consigo controlar.
26	Estou certo de que há um significado positivo para as limitações que a doença me traz.
27	Não consigo ficar nem um pouco à vontade aqui porque não consigo saber em que posso mexer.
28	Quando eu penso em tomar uma decisão sobre minha saúde, logo me dá sensação de medo de os cuidadores acharem que eu não quero mais receber os seus cuidados.
29	Não sei o que esperar do tratamento.
30	Não existe nada a fazer para impedir que os profissionais de saúde invadam meu espaço.
31	Quando as pessoas entram no meu quarto, não me vêem como uma pessoa e sim como uma coisa, um a mais.
32	Quando eu quero privacidade, tenho que me cobrir com um lençol até o rosto.
33	O ambiente em que estou é totalmente impessoal para mim.
34	Sinto-me incapaz de satisfazer minhas necessidade básicas (comer, beber, dormir).
35	Tenho objetivos e planos para a minha vida.
36	Não me sinto em condições de realizar meu objetivo.
37	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
38	Gostaria que a enfermagem me informasse previamente da minha programação diária.
39	Eu desisto facilmente das coisas que estou fazendo para satisfazer as pessoas que cuidam de mim.
40	Estou satisfeito com as informações que tenho sobre meu tratamento.
41	As limitações da doença/tratamento me permitem momentos de reflexão.

(continua)

TABELA 4– Itens relacionados ao *Sentimento de Impotência*, construídos para este estudo (111 itens). São Paulo, 2004. (continuação)

Nº	Itens
42	É difícil para mim perceber quando tenho pequenas melhoras.
43	Não consigo evitar que mexam nas minhas coisas.
44	Estou satisfeito com o quanto consigo participar das decisões sobre minha saúde.
45	Tenho medo de falar para não mexerem em meus pertences e, com isso, ser maltratado e esquecido pela equipe médica e de enfermagem.
46	Não posso fazer o que eu quero.
47	Sinto-me com pouca energia.
48	Fico infeliz por não saber a programação diária da enfermagem para mim.
49	Eu não consigo decidir mais sobre o meu tratamento.
50	Tenho humor inconstante diante das situações que estou vivenciando.
51	Sinto-me infeliz por não participar das decisões sobre meu tratamento.
52	Sinto minhas forças irem embora a cada dia que passa.
53	Tenho que me acostumar com o barulho.
54	Eu não tenho chance de decidir o que penso ser melhor para mim.
55	Sinto disposição para reagir quando as coisas não me agradam.
56	Eu me sinto deprimido por a doença me impedir de fazer o que fazia antes.
57	Fico satisfeito com as informações diárias sobre meus exames.
58	Em uma situação estressante, eu sempre sigo as decisões dos outros.
59	Estou satisfeito com o que sei do meu tratamento.
60	Não há nada mais aborrecedor do que uma mudança inesperada nos planos.
61	Sei que posso contar com ajuda para realizar aquilo que não consigo fazer sozinho.
62	Estou satisfeito com o que sei da minha doença e sintomas.
63	Minhas condições me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
64	Não sei se no futuro conseguirei controlar minha saúde.
65	Não gosto que retirem minhas coisas do lugar onde as coloquei.
66	Não me sinto capaz de controlar a situação em que me encontro.

(continua)

TABELA 4– Itens relacionados ao *Sentimento de Impotência*, construídos para este estudo (111 itens). São Paulo, 2004. (continuação)

Nº	Itens
67	Eu penso que a equipe de enfermagem e a médica sabem o que é melhor para mim.
68	Não sei o que posso ou não fazer.
69	Eu não espero nada da vida.
70	Sinto que tenho um bom controle da minha situação.
71	Sinto-me infeliz quando mudam minhas coisas de lugar sem eu pedir.
72	Estou satisfeito com o que sei do meu problema.
73	Eu costumo ter a sensação de que não há nada que eu possa decidir.
74	Sinto-me preso em meu quarto.
75	Tenho que me submeter às rotinas e normas do hospital para ser bem atendido.
76	Não me importo de dividir o meu quarto com outra pessoa.
77	Eu me sinto seguro sobre o que deve ser feito ante ao meu problema de saúde.
78	Eu não me sinto livre para decidir sobre minha recuperação.
79	Eu sinto que não há nada que eu possa fazer direito.
80	Quando eu penso em minha situação de saúde, sinto-me deprimido.
81	Não posso decidir se as janelas ficam abertas.
82	Sinto-me infeliz por não conseguir decidir sozinho sobre o meu cuidado.
83	Quando eu penso nos problemas de saúde que tenho, eu não me vejo com forças para recuperar a saúde.
84	Eu não consigo contribuir nas decisões sobre minha saúde.
85	Eu não me sinto capaz de decidir sobre meus cuidados.
86	Eu sou capaz de decidir tão bem quanto a maioria das outras pessoas.
87	Eu não faço planos para o futuro.
88	Sinto falta de a equipe médica me relatar o que ocorre comigo.
89	Quando eu quero uma coisa eu consigo.
90	O tratamento põe limites que não consigo controlar.
91	Fico triste ao pensar que preciso freqüentemente de alguém para ajuda.

(continua)

TABELA 4– Itens relacionados ao *Sentimento de Impotência*, construídos para este estudo (111 itens). São Paulo, 2004. (conclusão)

Nº	Itens
92	Sinto-me seguro para expressar o que penso sobre meu tratamento
93	Eu não consigo fazer ficar um pouco agradável o lugar em que estou.
94	Sinto-me infeliz ao ver que foi retirado algo do meu Quarto sem me pedir.
95	Estou satisfeito com o controle que tenho sobre os problemas físicos que a doença me traz.
96	Estou satisfeito com o controle que tenho sobre meu corpo.
97	Eu não tenho segurança de ficar no hospital sozinha.
98	Não falta mais nada para acontecer comigo.
99	Sinto-me tranquilo para expressar o que penso sobre minha doença.
100	Meu corpo não obedece mais ao meu comando.
101	Minhas decisões são sempre assertivas em relação ao meu tratamento.
102	Eu me sinto sem escolha sobre meus pertences.
103	Apesar do meu esforço para me recuperar, não vejo progresso no meu estado.
104	Tenho vontade de participar das decisões do meu tratamento.
105	Quem decide sobre a minha saúde sou eu.
106	A rotina do hospital me deixa triste.
107	Não posso falar contra, tenho que aceitar as ordens dos cuidadores.
108	Sinto que não consigo fazer coisas que outras pessoas fariam na minha condição.
109	Sinto que as minhas decisões não têm valor para a equipe médica e de enfermagem.
110	Estou seguro sobre o que posso apresentar por causa da situação de saúde.
111	Não gosto quando entram em meu quarto sem pedir licença.

Como o conceito de *sentimento de impotência* tem forte ênfase na idéia de controle e um dos objetivos era verificar se o *locus* de controle se diferenciava da

impotência, optamos por associar os 18 itens da escala de “*Locus de Controle da Saúde*” de Wallston KA, Wallston BS, Devellis (1978), aos 111 itens.

Desta forma, dispúnhamos de 129 itens: 111 itens relacionados ao *sentimento de impotência* e os 18 itens finais da escala de “*Locus de Controle*”.

A Tabela 5, a seguir, mostra os 129 itens e as dimensões em que foram categorizados.

TABELA 5- Itens a serem submetidos à validação (129 itens) e as respectivas dimensões do construto *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Nº	Dimensões	Itens
1	<i>Cognitiva</i>	Tenho medo dos cuidadores ficarem bravos e cansarem da minha dependência a todo momento.
2	Cognitiva	Eu não quero saber da minha doença e do que está acontecendo comigo.
3	Ambiental	Tenho que aceitar as visitas freqüentes dos médicos e da enfermagem no meu quarto, em horários diferentes.
4	Fisiológica	Sinto-me forte fisicamente para enfrentar as limitações que a doença me impõe.
5	Cognitiva	Sinto desconfortos que não sei o que significam.
6	Ambiental	Não consigo evitar que as pessoas entrem sem avisar.
7	Cognitiva	Não sei se estou melhorando ou piorando.
8	Ambiental	Eu não consigo evitar que o pessoal da enfermagem mexa em minha gaveta.
9	Cognitiva	Fico ansioso quando pedem minha opinião sobre meu tratamento.
10	Decisória	Eu não tenho acesso a informações sobre meu estado de saúde.
11	Fisiológica	Sinto-me confiante de que conseguirei enfrentar os problemas físicos.
12	Ambiental	Tenho que obedecer às ordens médicas e de enfermagem quanto à disposição da mesa, cama e escadinha em meu quarto.
13	Decisória	Eu não me julgo capaz de opinar sobre meu tratamento.
14	Cognitiva	Não gosto de ficar sozinho na sala de exame.
15	Decisória	Não me sinto capaz de sustentar as minhas decisões.
16	Decisória	Sinto-me incapaz de lidar com as dificuldades que a situação me traz.
17	Cognitiva	Sinto-me sendo fiscalizado o tempo todo.
18	Decisória	Não tenho interesse em participar das decisões sobre o meu tratamento.
19	Decisória	Eu não consigo me adaptar à rotina hospitalar.
20	Decisória	Tenho medo de os cuidadores me abandonarem se eu resolver dizer o que prefiro.
21	Fisiológica	Sinto que não produzo tudo o que a maioria das pessoas com o mesmo problema que o meu conseguem.
22	Cognitiva	Eu gostaria que a equipe médica e a de enfermagem fossem mais honestos comigo.
23	Fisiológica	Tenho medo de não controlar meu organismo perto das pessoas.

(continua)

TABELA 5- Itens a serem submetidos à validação (129 itens) e as respectivas dimensões do construto *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004. (continuação)

Nº	Dimensões	Itens
24	Decisória	Eu gosto de tomar decisões sobre minha situação de saúde e tratamento.
25	Fisiológica	A doença põe limites que não consigo controlar.
26	Cognitiva	Estou certo de que há um significado positivo para as limitações que a doença me traz.
27	Ambiental	Não consigo ficar nem um pouco à vontade aqui porque não consigo saber em que posso mexer.
28	Decisória	Quando eu penso em tomar uma decisão sobre minha saúde, logo me dá sensação de medo de os cuidadores acharem que eu não quero mais receber os seus cuidados.
29	Cognitiva	Não sei o que esperar do tratamento.
30	Ambiental	Não existe nada a fazer para impedir que os profissionais de saúde invadam meu espaço.
31	Ambiental	Quando as pessoas entram no meu quarto, não me vêem como uma pessoa e sim como uma coisa, um a mais.
32	Ambiental	Quando eu quero privacidade tenho que me cobrir com um lençol até o rosto.
33	Ambiental	O ambiente em que estou é totalmente impessoal para mim.
34	Fisiológica	Sinto-me incapaz de satisfazer minhas necessidades básicas (comer, beber, dormir).
35	Cognitiva	Tenho objetivos e planos para a minha vida.
36	Cognitivo	Não me sinto em condições de realizar meu objetivo.
37	Fisiológica	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
38	Decisória	Gostaria que a enfermagem me informasse previamente da minha programação diária.
39	Decisória	Eu desisto facilmente das coisas que estou fazendo para satisfazer as pessoas que cuidam de mim.
40	Cognitiva	Estou satisfeito com as informações que tenho sobre meu tratamento.
41	Cognitiva	As limitações da doença/tratamento me permitem momentos de reflexão.
42	Cognitiva	É difícil para mim perceber quando tenho pequenas melhoras.
43	Ambiental	Não consigo evitar que mexam nas minhas coisas.
44	Decisória	Estou satisfeito com o quanto consigo participar das decisões sobre minha saúde.
45	Ambiental	Tenho medo de falar para não mexerem em meus pertences e com isso, ser maltratado e esquecido pela equipe médica e de enfermagem.
46	Decisória	Não posso fazer o que eu quero.
47	Fisiológica	Sinto-me com pouca energia.
48	Decisória	Fico infeliz por não saber a programação diária da enfermagem para mim.
49	Decisória	Eu não consigo decidir mais sobre o meu tratamento.
50	Cognitiva	Tenho humor inconstante diante das situações que estou vivenciando.
51	Decisória	Sinto-me infeliz por não participar das decisões sobre meu tratamento.
52	Fisiológica	Sinto minhas forças irem embora a cada dia que passa.
53	Ambiental	Tenho que me acostumar com o barulho.
54	Decisória	Eu não tenho chance de decidir o que penso ser melhor para mim.
55	Decisória	Sinto disposição para reagir quando as coisas não me agradam.
56	Fisiológica	Eu me sinto deprimido por a doença me impedir de fazer o que fazia antes.
57	Cognitiva	Fico satisfeito com as informações diárias sobre meus exames.
58	Decisória	Em uma situação estressante, eu sempre sigo as decisões dos outros.
59	Cognitiva	Estou satisfeito com o que sei do meu tratamento.
60	Cognitiva	Não há nada mais aborrecedor do que uma mudança inesperada nos planos.

(continua)

TABELA 5- Itens a serem submetidos à validação (129 itens) e as respectivas dimensões do construto *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004. (continuação)

Nº	Dimensões	Itens
61	Fisiológica	Sei que posso contar com ajuda para realizar aquilo que não consigo fazer sozinho.
62	Cognitiva	Estou satisfeito com o que sei da minha doença e sintomas.
63	Decisória	Minhas condições me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
64	Fisiológica	Não sei se no futuro conseguirei controlar minha saúde.
65	Ambiental	Não gosto que retirem minhas coisas do lugar onde as coloquei.
66	Cognitiva	Não me sinto capaz de controlar a situação em que me encontro.
67	Decisória	Eu penso que a equipe de enfermagem e a médica sabem o que é melhor para mim.
68	Cognitiva	Não sei o que posso ou não fazer.
69	Cognitiva	Eu não espero nada da vida.
70	Cognitiva	Sinto que tenho um bom controle da minha situação.
71	Ambiental	Sinto-me infeliz quando mudam minhas coisas de lugar sem eu pedir.
72	Cognitiva	Estou satisfeito com o que sei do meu problema.
73	Decisória	Eu costumo ter a sensação de que não há nada que eu possa decidir.
74	Ambiental	Sinto-me preso em meu quarto.
75	Decisória	Tenho que submeter as rotinas e normas do hospital para ser bem atendido.
76	Ambiental	Não me importo de dividir o meu quarto com outra pessoa.
77	Decisória	Eu me sinto seguro sobre o que deve ser feito ante ao meu problema de saúde.
78	Decisória	Eu não me sinto livre para decidir sobre minha recuperação.
79	Cognitiva	Eu sinto que não há nada que eu possa fazer direito.
80	Cognitiva	Quando eu penso em minha situação de saúde, sinto-me deprimido.
81	Ambiental	Não posso decidir se as janelas ficam abertas.
82	Decisória	Sinto-me infeliz por não conseguir decidir sozinho sobre o meu cuidado.
83	Fisiológica	Quando eu penso nos problemas de saúde que tenho, eu não me vejo com forças para recuperar a saúde.
84	Decisória	Eu não consigo contribuir nas decisões sobre minha saúde.
85	Decisória	Eu não me sinto capaz de decidir sobre meus cuidados.
86	Decisória	Eu sou capaz de decidir tão bem quanto a maioria das outras pessoas.
87	Decisória	Eu não faço planos para o futuro.
88	Cognitiva	Sinto falta de a equipe médica me relatar o que ocorre comigo.
89	Decisória	Quando eu quero uma coisa eu consigo.
90	Fisiológica	O tratamento põe limites que não consigo controlar.
91	Fisiológica	Fico triste ao pensar que preciso freqüentemente de alguém para ajuda.
92	Decisória	Sinto-me seguro para expressar o que penso sobre meu tratamento.
93	Ambiental	Eu não consigo fazer ficar um pouco agradável o lugar em que estou.
94	Ambiental	Sinto-me infeliz ao ver que foi retirado algo do meu quarto sem me pedir.
95	Cognitiva	Estou satisfeito com o controle que tenho sobre os problemas físicos que a doença me traz.
96	Fisiológica	Estou satisfeito com o controle que tenho sobre meu corpo.
97	Cognitiva	Eu não tenho segurança de ficar no hospital sozinho.
98	Cognitiva	Não falta mais nada para acontecer comigo.
99	Decisória	Sinto-me tranquilo para expressar o que penso sobre minha doença.

(continua)

TABELA 5- Itens a serem submetidos à validação (129 itens) e as respectivas dimensões do construto *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004. (conclusão)

Nº	Dimensões	Itens
100	Fisiológica	Meu corpo não obedece mais ao meu comando.
101	Decisória	Minhas decisões são sempre assertivas em relação ao meu tratamento.
102	Ambiental	Eu me sinto sem escolhas sobre meus pertences.
103	Cognitiva	Apesar do meu esforço para me recuperar, não vejo progresso no meu estado.
104	Decisória	Tenho vontade de participar das decisões do meu tratamento.
105	Decisória	Quem decide sobre a minha saúde sou eu.
106	Cognitiva	A rotina do hospital me deixa triste.
107	Decisória	Não posso falar contra, tenho que aceitar as ordens dos cuidadores.
108	Fisiológica	Sinto que não consigo fazer coisas que outras pessoas fariam na minha condição.
109	Decisória	Sinto que as minhas decisões não tem valor para a equipe médica e de enfermagem.
110	Decisória	Estou seguro sobre o que posso apresentar por causa da situação de saúde.
111	Ambiental	Não gosto quando entram em meu quarto sem pedir licença.
112	<i>Locus</i>	Se eu ficar doente, a minha recuperação rápida vai depender do meu comportamento.
113	<i>Locus</i>	Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo.
114	<i>Locus</i>	Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico.
115	<i>Locus</i>	Muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso.
116	<i>Locus</i>	Toda vez que eu não me sinto bem de saúde, eu consulto um médico.
117	<i>Locus</i>	Eu posso controlar minha saúde.
118	<i>Locus</i>	Se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.
119	<i>Locus</i>	Quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado.
120	<i>Locus</i>	A sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença.
121	<i>Locus</i>	Quem controla a minha saúde são os médicos.
122	<i>Locus</i>	Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.
123	<i>Locus</i>	A principal coisa que afeta a minha saúde é o que eu mesmo faço.
124	<i>Locus</i>	Se eu me cuidar bem, posso evitar doenças.
125	<i>Locus</i>	Quando eu saro de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim (o médico, a esposa, a enfermeira, os amigos, a família etc).
126	<i>Locus</i>	Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.
127	<i>Locus</i>	Se for meu destino, eu terei saúde.
128	<i>Locus</i>	Se eu fizer as coisas certas, eu posso me manter saudável.
129	<i>Locus</i>	Para ter saúde, eu só tenho que obedecer ao meu médico.

Os 129 itens foram julgados quanto à sua pertinência ao conceito de *sentimento de impotência* por seis juízes que atribuíram +1 quando o item era

pertinente, -1 quando não era pertinente e 0 quando havia indecisão quanto à pertinência.

A Tabela 6 mostra os resultados desse julgamento e as respectivas médias de concordância de cada item.

TABELA 6- Resultados do julgamento dos juízes sobre os 129 itens e as respectivas médias de concordância. São Paulo, 2004.

Nº / Itens	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Soma	Média
1	-1	1	1	-1	1	1	2	0,33
2	-1	1	-1	-1	1	1	0	0,00
3	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
4	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
5	1	1	1	-1	1	1	4	0,67
6	1	1	1	1	1	1	6	1,00
7	1	1	1	1	1	1	6	1,00
8	1	1	1	1	1	1	6	1,00
9	-1	1	1	0	1	1	3	0,50
10	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
11	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
12	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
13	1	1	1	1	1	1	6	1,00
14	-1	-1	-1	-1	1	-1	-4	-0,67
15	1	1	1	1	1	1	6	1,00
16	1	1	1	1	1	1	6	1,00
17	1	1	0	-1	1	1	3	0,50
18	-1	1	-1	0	1	1	1	0,17
19	-1	1	1	-1	1	-1	0	0,00
20	-1	1	1	-1	1	1	2	0,33
21	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
22	-1	0	0	-1	1	1	0	0,00
23	0	1	1	1	1	-	4	0,80
24	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
25	1	1	1	1	1	1	6	1,00
26	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
27	1	1	0	1	1	1	5	0,83
28	0	1	1	1	1	1	5	0,83
29	-1	1	0	0	1	1	2	0,33
30	1	1	1	1	1	1	6	1,00
31	-1	1	0	1	1	1	3	0,50
32	-1	1	1	1	1	0	3	0,50
33	-1	0	1	-1	1	0	0	0,00
34	1	1	1	1	1	1	6	1,00
35	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
36	1	1	1	1	1	1	6	1,00
37	1	1	1	1	1	1	6	1,00
38	-1	1	-1	1	1	1	2	0,33
39	-1	1	0	0	1	1	2	0,33

N° / Itens	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Soma	Média
40	-1	-1	-1	-1	1	-1	-4	-0,67
41	-1	-1	0	-1	1	0	-2	-0,33
42	1	1	1	0	1	1	5	0,83

(continua)

TABELA 6- Resultados do julgamento dos juízes sobre os 129 itens e as respectivas médias de concordância. São Paulo, 2004. (continuação)

Nº / Itens	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Soma	Média
43	1	1	1	1	1	1	6	1,00
44	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
45	0	1	1	1	1	1	5	0,83
46	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
47	-1	1	0	0	1	1	2	0,33
48	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
49	1	1	1	1	1	1	6	1,00
50	-1	1	1	-1	1	1	2	0,33
51	0	1	1	1	1	1	5	0,83
52	1	1	1	1	1	1	6	1,00
53	-1	1	0	1	1	0	2	0,33
54	1	1	1	1	1	1	6	1,00
55	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
56	0	1	1	1	1	1	5	0,83
57	-1	-1	-1	-1	1	-1	-4	-0,67
58	-1	1	0	0	1	1	2	0,33
59	-1	-1	-1	-1	1	-1	-4	-0,67
60	-1	0	-1	-1	1	0	-2	-0,33
61	-1	-1	0	-1	1	1	-1	-0,17
62	-1	1	-1	-1	1	-1	-2	-0,33
63	1	1	1	1	1	1	6	1,00
64	-1	1	0	1	1	1	3	0,50
65	-1	1	-1	-1	1	1	0	0,00
66	1	1	1	1	1	1	6	1,00
67	-1	1	0	-1	1	1	1	0,17
68	-1	1	1	0	1	1	3	0,50
69	-1	0	1	-1	1	1	1	0,17
70	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
71	0	1	0	1	1	1	4	0,67
72	-1	-1	-1	-1	1	-1	-4	-0,67
73	1	1	1	1	1	1	6	1,00
74	-1	1	1	-	1	1	3	0,60
75	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
76	-1	-1	-1	-1	1	0	-3	-0,50
77	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
78	1	1	1	1	1	1	6	1,00
79	1	1	1	1	1	1	6	1,00
80	-1	1	1	0	1	1	3	0,50
81	1	1	1	1	1	1	6	1,00
82	1	1	1	1	1	1	6	1,00
83	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
84	1	1	1	1	1	1	6	1,00
85	1	1	1	1	1	1	6	1,00
86	-1	-1	-1	1	1	1	0	0,00
87	-1	-1	0	0	1	1	0	0,00
88	-1	1	0	-1	1	1	1	0,17
89	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
90	1	1	1	1	1	1	6	1,00
91	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
92	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
93	0	1	1	1	1	1	5	0,83
94	0	1	1	1	1	1	5	0,83

Nº / Itens	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Soma	Média
95	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
96	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33

(continua)

TABELA 6- Resultados do julgamento dos juízes sobre os 129 itens e as respectivas médias de concordância. São Paulo, 2004. (conclusão)

Nº / Itens	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Soma	Média
97	-1	0	1	0	1	1	2	0,33
98	-1	0	0	0	1	1	1	0,17
99	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
100	1	1	1	1	1	1	6	1,00
101	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
102	1	1	1	1	1	1	6	1,00
103	1	1	1	1	1	1	6	1,00
104	-1	-1	0	1	1	1	1	0,17
105	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
106	-1	1	1	1	1	-1	2	0,33
107	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
108	0	1	1	1	1	1	5	0,83
109	-1	1	1	1	1	1	4	0,67
110	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
111	-1	1	-1	1	1	1	2	0,33
112	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
113	1	1	1	1	1	1	6	1,00
114	-1	-1	-1	-1	-1	1	-4	-0,67
115	0	0	1	0	-1	1	1	0,17
116	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-6	-1,00
117	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
118	0	0	0	0	-1	1	0	0,00
119	-1	1	0	-1	1	1	1	0,17
120	0	-1	0	1	1	1	2	0,33
121	-1	1	0	1	1	1	3	0,50
122	0	1	0	1	1	1	4	0,67
123	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
124	-1	-1	-1	-1	-1	1	-4	-0,67
125	0	0	-1	0	-1	1	-1	-0,17
126	1	1	1	0	1	1	5	0,83
127	0	0	0	0	-1	1	0	0,00
128	-1	-1	-1	-1	1	1	-2	-0,33
129	-1	1	-1	0	-1	1	-1	-0,17

Nota-se, na Tabela 6, que um juiz não julgou o item 23: “*Tenho medo de não controlar meu organismo perto das pessoas*”. Quanto à análise das médias negativas, dois itens pareciam claramente ser pertinentes ao *sentimento de impotência* no tocante ao “controle”. Esses eram o item 70: “*Sinto que tenho um bom controle da*

minha situação” e o item 95: “Estou satisfeito com o controle que tenho sobre os problemas físicos que a doença me traz”.

Após essa etapa de validação e acatados os ajustes sugeridos pelos juízes, permaneceram 54 itens categorizados segundo as dimensões, conforme mostra a Tabela 7, a seguir.

TABELA 7- Itens retidos após análise de conteúdo pelos juízes, com suas respectivas dimensões (54 itens). São Paulo, 2004.

Nº	Dimensão	Itens
1	Cognitiva	Aceito as visitas frequentes dos médicos e da enfermagem, mesmo quando não quero.
2	Cognitiva	Sinto desconfortos que não sei o que significam.
3	Ambiental	Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.
4	Cognitiva	Acho difícil saber se estou melhorando ou piorando.
5	Ambiental	Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer em minhas coisas.
6	Decisória	Sei como ter informações sobre o meu estado de saúde.
7	Ambiental	Tenho que obedecer às normas do hospital quanto à disposição dos móveis e objetos em meu quarto.
8	Decisória	Sinto-me incapaz de opinar sobre meu tratamento.
9	Decisória	Aceito o que os médicos e enfermeiros decidem, mesmo quando não estou de acordo.
10	Decisória	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.
11	Fisiológica	Fico irritado por ter alguém me ajudando em cuidados pessoais, mesmo quando não posso me cuidar sozinho.
12	Fisiológica	Eu controlo meus hábitos de acordo com o que é melhor para a minha saúde.
13	Ambiental	A internação no hospital causa-me intenso desconforto.
14	Decisória	Eu não digo o que penso sobre o meu tratamento, porque os médicos e a enfermagem podem não gostar.
15	Ambiental	Sinto que nada se pode fazer para impedir que os profissionais de saúde invadam meu espaço.
16	Fisiológica/decisória	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.
17	Cognitiva	Sinto-me sem condições de realizar meu objetivo.
18	Fisiológica	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
19	Cognitiva	É difícil para mim perceber quando tenho pequenas melhoras.
20	Decisória	Não dou minha opinião sobre meu tratamento porque os médicos e enfermeiras podem cuidar mal de mim.
21	Decisória	Sinto-me impedido de fazer o que quero.
22	Cognitiva	Fico insatisfeito se não sei a programação diária da enfermagem para mim.
23	Decisória	Não dou minha opinião sobre meu tratamento, porque sei que isso não importa para eu melhorar.
24	Decisória	Gosto que peçam minha opinião quando estão decidindo sobre o meu tratamento.
25	Fisiológica	Sinto que não tenho energia para participar do meu próprio cuidado.
26	Decisória	Eu não tenho chance de decidir o que penso ser melhor para mim.

Nº	Dimensão	Itens
27	Fisiológica	Eu me sinto deprimido porque a doença me impede de fazer o que fazia antes.

(continua)

TABELA 7- Itens retidos após análise de conteúdo pelos juízes, com suas respectivas dimensões (54 itens). São Paulo, 2004. (conclusão)

Nº	Dimensão	Itens
28	Decisória	Minhas condições me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
29	Cognitiva	Sinto que nada que eu fizer pode modificar a situação em que me encontro.
30	Cognitiva	Sinto que tenho um bom controle da minha situação.
31	Decisória	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.
32	Ambiental	Sinto-me preso em meu quarto.
33	Decisória	Tenho que me submeter às rotinas e normas do hospital para ser bem atendido.
34	Decisória	Sinto que não tenho liberdade para decidir sobre minha recuperação.
35	Fisiológica	Sinto que não sou capaz de fazer nada direito.
36	Decisória	Sinto-me infeliz por não conseguir decidir sozinho sobre o meu cuidado.
37	Cognitiva	Quando penso nos problemas de saúde que tenho, sinto-me sem forças para recuperar a saúde.
38	Decisória	Sinto-me sem condições para contribuir nas decisões sobre minha saúde.
39	Decisória	Sinto-me incapaz de decidir sobre meus cuidados.
40	Fisiológica	Tenho dificuldades de controlar os limites que o tratamento impõe.
41	Fisiológica	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.
42	Ambiental	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.
43	Ambiental	Sinto que não posso controlar o que deve ficar ou não no meu quarto.
44	Cognitiva	Estou satisfeito com o controle que tenho sobre os problemas físicos que a doença me traz.
45	Fisiológica	Meu corpo não obedece mais ao meu comando.
46	Decisória	Eu me sinto sem escolha no meu tratamento.
47	Cognitiva	Sinto que meu estado de saúde continua o mesmo, apesar do esforço que faço para me recuperar.
48	Decisória	Quem decide sobre a minha saúde sou eu.
49	Cognitiva	Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.
50	Fisiológica	Sinto que sou incapaz de fazer coisas que outras pessoas fariam na minha condição.
51	Decisória	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.
52	<i>Locus</i>	Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo.
53	<i>Locus</i>	Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.
54	<i>Locus</i>	Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.

Os 54 itens foram novamente submetidos aos juízes para que os julgassem segundo critérios de adequação estabelecidos por Pasquali (1998). Com base nas respostas dos juízes, mantiveram-se os itens com índice de validade de conteúdo (IVC) de no mínimo 0,80. Com esse critério foram retidos 23 itens. Neste processo os três itens que eram pertinentes à escala de “*Locus* de Controle” foram eliminados.

TABELA 8- Itens retidos após julgamento de adequação e suas respectivas dimensões (23 itens). São Paulo, 2004.

Nº	Dimensão	Itens
1	Cognitiva	Aceito as visitas frequentes dos profissionais de saúde, mesmo quando não quero.
2	Ambiental	Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.
3	Ambiental	Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer em minhas coisas.
4	Ambiental	Tenho que obedecer às normas do hospital quanto à disposição dos móveis e objetos em meu quarto.
5	Decisória	Sinto-me incapaz de opinar sobre meu tratamento.
6	Decisória	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.
7	Fisiológica	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.
8	Cognitiva	Sinto-me sem condições de alcançar o meu objetivo.
9	Fisiológica	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
10	Decisória	Não dou minha opinião sobre meu tratamento porque os profissionais de saúde podem cuidar mal de mim.
11	Decisória	Sinto que não me deixam fazer o que quero.
12	Fisiológica	Sinto que não tenho energia para participar do meu próprio cuidado.
13	Decisória	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
14	Cognitiva	Sinto que nada que eu fizer pode mudar a minha situação de saúde.
15	Decisória	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.
16	Decisória	Sinto-me sem condições para contribuir nas decisões sobre minha saúde.
17	Decisória	Sinto-me incapaz de decidir sobre meus cuidados.
18	Fisiológica	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.
19	Ambiental	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.

Nº	Dimensão	Itens
20	Ambiental	Sinto que não posso controlar o que deve ficar ou não no meu quarto.
21	Fisiológica	Meu corpo não obedece mais ao meu comando.
22	Cognitiva	Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.
23	Decisória/cognitiva	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.

Quanto ao pré-teste do instrumento-piloto, os 23 itens foram submetidos à análise semântica, sendo examinados quanto à inteligibilidade, mediante técnica de *brainstorming*, indicada por Pasquali (1997).

Foram realizadas quatro sessões, com um total de 25 pacientes, nos três hospitais selecionados para o estudo.

Na primeira sessão, foram apresentados os 23 itens da Tabela 9, a seguir.

TABELA 9- Itens apresentados na primeira sessão de teste de inteligibilidade (23 itens). São Paulo, 2004.

Nº	Itens
1	Aceito as visitas frequentes dos profissionais de saúde, mesmo quando não quero.
2	Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.
3	Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer em minhas coisas.
4	Tenho que obedecer às normas do hospital quanto à disposição dos móveis e objetos em meu quarto.
5	Sinto-me incapaz de opinar sobre meu tratamento.
6	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.
7	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.
8	Sinto-me sem condições de alcançar o meu objetivo.
9	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
10	Não dou minha opinião sobre meu tratamento, porque os profissionais de saúde podem cuidar mal de mim.
11	Sinto-me que não me deixam fazer o que quero.
12	Sinto que não tenho energia para participar do meu próprio cuidado.
13	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
14	Sinto que nada que eu fizer pode mudar a minha situação de saúde.
15	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.
16	Sinto-me sem condições para contribuir nas decisões sobre minha saúde.

Nº	Itens
17	Sinto-me incapaz de decidir sobre meus cuidados.
18	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.
19	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.
20	Sinto que não posso controlar o que deve ficar ou não no meu quarto.
21	Meu corpo não obedece mais ao meu comando.
22	Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.
23	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.

Na *primeira sessão*, realizada em um dos hospitais, participaram 9 pacientes.

Esses, durante a reprodução dos 23 itens (Tabela 9), solicitaram modificações para facilitar a compreensão. Essas sugestões foram acatadas e geraram modificações para a segunda sessão, conforme apresentado a seguir.

No item 1: “*Aceito as visitas frequentes dos profissionais de saúde, mesmo quando não quero*”.

Modificação: “*Aceito as visitas frequentes dos médicos e da enfermagem, mesmo quando não quero*”.

No item 4: “*Tenho que obedecer às normas do hospital quanto à disposição dos móveis e objetos em meu quarto*”.

Os pacientes acharam esse item insignificante e solicitaram a seguinte mudança.

Modificação: “*Tenho que obedecer às normas do hospital*”.

No item 5: “*Sinto-me incapaz de opinar sobre o meu tratamento*”.

Um paciente sugeriu modificar para “*Sinto-me capaz de opinar sobre o meu tratamento*”. Como foi apenas um paciente a propor essa mudança, o item ainda foi deixado no sentido original para a segunda sessão.

No item 8: “*Sinto-me sem condições de alcançar o meu objetivo*”.

Dois pacientes solicitaram mudança no sentido da frase para: “*Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo*”. O item foi modificado para a segunda sessão.

No item 10: “Os pacientes novamente sugeriram mudar o termo “*profissionais de saúde*” inserido no item para “*médicos e a enfermagem*”.

No item 12: “*Sinto que não tenho energia para participar no meu próprio cuidado*”. Sete pacientes durante a reprodução do item colocaram: “*Sinto que não tenho disposição para participar do meu cuidado*”, sendo, portanto, modificado.

No item 14: “*Sinto que nada que eu fizer pode mudar a minha situação de saúde*”.

Modificação: “*Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro*”.

No item 17: “*Sinto-me incapaz de decidir sobre meus cuidados*”.

Modificação: “*Sinto-me capaz de cuidar de mim*”. Todos os pacientes salientaram nesse item a capacidade de se cuidarem.

No item 18: *Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar*".

Modificação: *"Preciso de alguém para me ajudar diante da minha condição de saúde"*.

No item 20: *"Sinto que não posso controlar o que deve ficar ou não no meu quarto"*.

Seis pacientes acharam esse item parecido com o item "4", os demais acharam insignificante. Portanto esse item foi excluído para a segunda sessão.

No item 21: *"Meu corpo não obedece mais ao meu comando"*.

Três pacientes foram enfáticos em reproduzir o item no sentido oposto, ou seja, *"Meu corpo ainda obedece ao meu comando"*.

Diante das considerações dessa primeira sessão, dos 23 itens submetidos ao teste de inteligibilidade, um item foi excluído permanecendo 22 itens para serem testados na segunda sessão, conforme a Tabela 10.

TABELA 10- Itens apresentados na segunda sessão de teste de inteligibilidade (22 itens). São Paulo, 2004.

N	Itens
o	
1	Aceito as visitas freqüentes dos médicos e da enfermagem, mesmo quando não quero.
2	Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.
3	Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer em minhas coisas.
4	Tenho que obedecer às normas do hospital.
5	Sinto-me incapaz de opinar sobre meu tratamento.
6	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.
7	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.
8	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.
9	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
10	Não dou minha opinião sobre meu tratamento, porque os médicos e a enfermagem podem cuidar mal de mim.
11	Sinto que não me deixam fazer o que quero.
12	Sinto que não tenho disposição para participar do meu cuidado.
13	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
14	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.
15	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.
16	Sinto-me sem condições para contribuir nas decisões sobre minha saúde.
17	Sinto-me capaz de cuidar de mim.
18	Preciso de alguém para me ajudar diante da minha condição de saúde.
19	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.
20	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.
21	Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.
22	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.

Na *segunda sessão*, ocorrida em outro hospital, com um grupo de três pacientes, foram feitas as seguintes modificações:

O item 4: “*Tenho que obedecer às normas do hospital*”.

Do grupo de três pacientes, um achou o item obscuro, o outro um tanto sem significação e o terceiro reproduziu-o adequadamente. Mantivemos o item sem alteração.

No item 5: “*Sinto-me incapaz de opinar sobre meu tratamento*”.

Apenas um paciente colocou que tinha o direito de opinar sobre seu tratamento. O item foi mantido sem alterações.

No item 18: “*Preciso de alguém para me ajudar diante da minha condição de saúde*”.

Os três pacientes enfatizaram na reprodução o termo “*é muito triste*”, sendo novamente considerado pela pesquisadora e orientadora o retorno desse item ao original, na terceira sessão.

Para a *terceira sessão* mantiveram-se os mesmos 22 itens da segunda sessão.

As observações dos três pacientes que participaram da terceira sessão levaram às seguintes decisões.

No item 4: “*Tenho que obedecer às normas do hospital*”.

Os pacientes reproduziram adequadamente. Porém, levando em consideração os comentários dos pacientes nas sessões anteriores, esse item foi excluído para a quarta sessão.

No item 5: “*Sinto-me incapaz de opinar sobre meu tratamento*”, um paciente ao reproduzir o item, foi enfático em discordar, dizendo “*ser capaz de opinar sobre o seu tratamento*”. Mediante reproduções e comentários anteriores dos pacientes, o item 5 foi modificado para a quarta sessão.

Modificação: “*Sinto-me capaz de opinar sobre o meu tratamento*”.

No item 12: “*Sinto que não tenho disposição para participar do meu cuidado*”.

Modificação: “*Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado*”.

No item 16: “*Sinto-me sem condições para contribuir nas decisões sobre a minha saúde*”. Pelas considerações e reproduções dos pacientes foi modificado para a quarta sessão.

Modificação: “*Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde*”.

Com essas considerações, dos 22 itens submetidos ao teste de inteligibilidade na terceira sessão, um item foi excluído permanecendo 21 itens para serem testados na quarta sessão, conforme a Tabela 11, a seguir:

TABELA 11- Itens para a quarta sessão do teste de inteligibilidade (21 itens). São Paulo, 2004.

Nº	Itens
1	Aceito as visitas freqüentes dos médicos e da enfermagem, mesmo quando não quero.
2	Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.
3	Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer em minhas coisas.
4	Sinto-me capaz de opinar sobre meu tratamento.
5	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.
6	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.
7	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.
8	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
9	Não dou minha opinião sobre meu tratamento, porque os médicos e a enfermagem podem cuidar mal de mim.
10	Sinto que ninguém se importa com o que eu gostaria de fazer.
11	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.
12	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
13	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.
14	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.
15	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.
16	Sinto-me capaz de cuidar de mim.
17	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.
18	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.
19	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.
20	Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.
21	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.

Notou-se, ao final da quarta sessão, que houve compreensão satisfatória dos 21 itens que foram então organizados em um único formulário para ser aplicado na fase empírica do estudo.

5.1.2. Procedimentos empíricos e analíticos

Nesta seção apresentaremos os resultados que nortearam a seleção dos itens para o instrumento *sentimento de impotência* e a conformação de suas dimensões. A Tabela 12 mostra as características demográficas da amostra; composta por 210 pacientes adultos internados em unidades médico-cirúrgicas.

TABELA 12- Características demográficas da amostra. São Paulo, 2004.

<i>Características</i>	N	%
Sexo		
Masculino	96	45,7
Feminino	114	54,3
Total	210	100
Idade (em anos)		
Variação	18 – 88	
Média (DP)	53,8 (17,7)	
Mediana	53	
Situação Conjugal		
Vive com o companheiro	135	65,5
Não vive com o companheiro	71	34,5
Escolaridade (em anos)		
Variação	1-17	
Média (DP)	7,1 (4,1)	
Mediana	5	
Tempo de internação à coleta de dados (em dias)		
Variação	0– 81	
Média (DP)	4,8 (8,4)	
Mediana	2	
Tratamento submetido		
Clínico	102	48,6
Clínico/ Cirúrgico	27	12,9
Cirúrgico	81	38,6
Experiências anteriores com internações hospitalares		
Sim	105	100,0
Não	105	100,0

5.1.2.1. Seleção dos itens para o instrumento de *Sentimento de Impotência.*

A Tabela 13, a seguir, apresenta as frequências de respostas aos 21 itens testados.

TABELA 13- Frequência de respostas aos 21 itens do instrumento de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Itens	Nunca		Raramente		Às Veze		Frequen- temente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Aceito as visitas frequentes dos médicos e da enfermagem, mesmo quando não quero.	3	1,4	1	0,5	5	2,4	18	8,6	183	87,1
2 Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.	111	53,1	19	9,1	26	12,4	12	5,7	41	19,6
3 Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer em minhas coisas.	115	55,0	18	8,6	24	11,5	12	5,7	40	19,1
4 Sinto-me capaz de opinar sobre meu tratamento.	59	28,1	31	14,8	26	12,4	20	9,5	74	35,2
5 Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.	37	17,6	21	10,0	34	16,2	31	14,8	87	41,4
6 As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	114	54,5	26	12,4	39	18,7	18	8,6	12	5,7
7 Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	113	53,8	32	15,2	28	13,3	16	7,6	21	10,0
8 Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	24	11,5	4	1,9	22	10,6	25	12,0	133	63,9
9 Não dou minha opinião sobre meu tratamento, porque os médicos e a enfermagem podem cuidar mal de mim.	145	69,4	8	3,8	10	4,8	11	5,3	35	16,7
10 Sinto que ninguém se importa com o que eu gostaria de fazer.	97	47,1	15	7,3	38	18,4	9	4,4	47	22,8
11 Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	113	54,3	35	16,8	25	12,0	23	11,1	12	5,8
12 Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.	59	28,2	22	10,5	37	17,7	21	10,0	70	33,5
13 Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.	71	34,0	12	5,7	31	14,8	26	12,4	69	33,0
14 Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.	67	31,9	14	6,7	34	16,2	26	12,4	69	32,9
15 Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	73	34,8	35	16,7	36	17,1	24	11,4	42	20,0
16 Sinto-me capaz de cuidar de mim.	85	40,5	38	18,1	41	19,5	18	8,6	28	13,3
17 Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	31	14,8	4	1,9	22	10,5	27	12,9	126	60,0
18 Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	67	32,5	24	11,7	26	12,6	15	7,3	74	35,9
19 Meu corpo ainda obedece ao meu comando.	102	48,8	38	18,2	36	17,2	21	10,0	12	5,7
20 Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.	3	1,4	5	2,4	10	4,8	35	16,8	155	74,5
21 Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.	60	28,7	32	15,3	23	11,0	20	9,6	74	35,4

Os dados da Tabela 13 têm a finalidade apenas descritiva. Nota-se que alguns pacientes apresentaram frequências de respostas mais elevadas para uma só

alternativa (*sempre*), como podemos observar nos itens: 1: “*Aceito as visitas frequentes dos médicos e da enfermagem, mesmo quando não quero*” (87,1%); 8: “*Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes*” (63,9%); 17: “*Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar*” (60,0%); 20: “*Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores*” (74,5%). Já no item 9: “*Não dou minha opinião sobre meu tratamento porque os médicos e a enfermagem podem cuidar mal de mim*”, (69,4%) dos pacientes responderam na alternativa *nunca*. Esses resultados sugerem que esses itens são muito “populares”, porque produzem altas frequências numa só alternativa de resposta, e que talvez contribuam pouco para discriminar o *sentimento de impotência*.

Considerando-se os 21 itens, o escore total poderia variar entre 21 e 105. A soma dos escores nos 21 itens de 194 pacientes (16 tinham algum item em branco) variou entre 28 e 91; a média dos escores totais foi 62,1, com $DP = \pm 13,1$ e a mediana foi 63.

Poder de discriminação dos itens

Da amostra total de pacientes selecionaram-se aqueles que obtiveram escores totais extremos, considerando-se os 21 itens. Segundo Pasquali (1997, p.105), aceitam-se como extremo superior os escores obtidos por 27% da amostra que obteve os maiores escores e como extremo inferior, os obtidos por 27% da amostra que obteve os menores escores. Com base nessa indicação, o extremo superior, neste estudo, foi definido como escores totais maiores que 69 (25,8% da amostra) e o extremo inferior como escores menores que 54 (25,3%).

As médias dos escores em cada item foram comparadas entre esses dois grupos.

As Tabelas 14 e 15, em seguida, mostram os resultados relativos ao teste t para verificar a diferença entre as médias.

TABELA 14- Estatísticas descritivas dos escores totais dos grupos com escores totais extremos* (sobre os 21 itens). São Paulo, 2004.

Itens	Extremos	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão
1	Inferior	49	4,78	0,587	0,084
	Superior	55	4,82	0,475	0,064
2	Inferior	49	1,57	1,225	0,175
	Superior	55	2,69	1,687	0,228
3	Inferior	49	1,53	1,209	0,173
	Superior	55	2,69	1,687	0,228
4	Inferior	49	2,35	1,508	0,215
	Superior	55	4,02	1,497	0,202
5	Inferior	49	2,45	1,487	0,212
	Superior	55	4,44	1,102	0,149
6	Inferior	49	1,49	0,820	0,117
	Superior	55	2,71	1,499	0,202
7	Inferior	49	1,57	1,190	0,170
	Superior	55	3,05	1,533	0,207
8	Inferior	49	3,33	1,749	0,250
	Superior	55	4,76	0,719	0,097
9	Inferior	49	1,47	1,209	0,173
	Superior	55	2,38	1,841	0,248
10	Inferior	49	1,76	1,331	0,190
	Superior	55	3,47	1,608	0,217
11	Inferior	49	1,31	0,652	0,093
	Superior	55	3,09	1,418	0,191
12	Inferior	49	1,55	1,022	0,146
	Superior	55	4,18	1,263	0,170
13	Inferior	49	1,53	1,120	0,160
	Superior	55	4,35	1,058	0,143
14	Inferior	49	1,59	1,153	0,165
	Superior	55	4,38	1,045	0,141
15	Inferior	49	1,73	1,036	0,148
	Superior	55	3,44	1,607	0,217
16	Inferior	49	1,67	0,944	0,135
	Superior	55	3,25	1,542	0,208
17	Inferior	49	3,14	1,756	0,251

18	Superior	55	4,60	0,993	0,134
	Inferior	49	2,06	1,533	0,219
19	Superior	55	3,76	1,598	0,215
	Inferior	49	1,51	0,893	0,128
20	Superior	55	2,80	1,508	0,203
	Inferior	49	4,45	1,022	0,146
21	Superior	55	4,80	0,447	0,060
	Inferior	49	2,31	1,475	0,211
	Superior	55	3,80	1,626	0,219

* Extremo superior: totais maiores que 69 (25,8% da amostra total)
Extremo inferior: totais menores que 54 (25,3% da amostra total)

TABELA 15- Resultados do teste t aplicado sobre as médias dos escores dos grupos extremos em cada item (21 itens). São Paulo, 2004.

Itens	p-valor	<i>Teste t</i> Intervalo de confiança da diferença	
		Inferior	Superior
1	0,68	-0,249	0,164
2	0,00	-1,689	-0,550
3	0,00	-1,727	-0,593
4	0,00	-2,257	-1,086
5	0,00	-2,503	-1,472
6	0,00	-1,684	-0,755
7	0,00	-2,014	-0,952
8	0,00	-1,973	-0,901
9	0,00	-1,513	-0,312
10	0,00	-2,290	-1,145
11	0,00	-2,208	-1,361
12	0,00	-3,076	-2,186
13	0,00	-3,240	-2,390
14	0,00	-3,220	-2,360
15	0,00	-2,223	-1,180
16	0,00	-2,073	-1,089
17	0,00	-2,024	-0,891
18	0,00	-2,313	-1,091
19	0,00	-1,767	-0,813
20	0,03	-0,667	-0,035
21	0,00	-2,100	-0,887

Observa-se, na Tabela 15, que o item 1 foi o único que não produziu diferenças estatisticamente significantes quando comparados os grupos extremos. Esse resultado sugere que o *item 1* é um item com baixo poder de discriminação.

Confiabilidade dos 21 itens

TABELA 16- Confiabilidade dos 21 itens do instrumento de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Itens	Correlação item-total	Alfa se item deletado
1	-0,037	0,777
2	0,105	0,779
3	0,111	0,778
4	0,316	0,764
5	0,445	0,755
6	0,368	0,761
7	0,402	0,759
8	0,321	0,764
9	0,166	0,774
10	0,346	0,762
11	0,502	0,753
12	0,581	0,744
13	0,581	0,744
14	0,584	0,744
15	0,311	0,764
16	0,361	0,761
17	0,296	0,765
18	0,287	0,767
19	0,352	0,762
20	0,105	0,773
21	0,235	0,770
Alfa total = 0,722		

A Tabela 16 sugere a exclusão de alguns itens mediante a correlação de *Pearson*. Respalgadas em Streiner e Norman (1995. p.62) que afirmam que a correlação item-item deve ser moderada, decidimos excluir itens cuja correlação fosse menor que 0,20 ou maior que 0,80. Essa faixa foi definida com base em Munro

(2001. p.234-5) que afirma que coeficientes entre 0,30 e 0,70 são de correlação moderada.

Com resultados da Tabela 16, excluimos os itens 1, 2, 3, 9 e 20. Observa-se também, que o alfa se elevaria com a exclusão de qualquer um desses itens. No entanto, a elevação do alfa com a exclusão do item não foi critério para exclusão de itens nessa fase.

Análise fatorial

Os 16 itens mantidos foram submetidos à análise fatorial pelo método de componentes principais.

TABELA 17- Matriz obtida pela análise de componentes principais sobre 16 itens. São Paulo, 2004.

Itens		Fatores			
		1	2	3	4
11	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	0,802	0,177	0,095	0,104
19	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.	0,796	-0,017	0,065	0,020
16	Sinto-me capaz de cuidar de mim.	0,755	-0,035	0,169	-0,082
6	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	0,753	0,133	-0,166	0,171
7	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	0,707	0,176	-0,203	0,243
15	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	0,625	0,211	0,075	-0,379
4	Sinto-me capaz de opinar sobre meu tratamento.	0,459	0,438	-0,072	-0,316
14	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.	0,183	0,825	0,160	0,018
13	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.	0,134	0,811	0,280	-0,067
12	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.	0,204	0,658	0,307	0,078
21	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.	-0,138	0,575	-0,142	0,326
5	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.	0,164	0,467	0,218	0,316
8	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	0,118	0,080	0,817	-0,027
17	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	-0,085	0,303	0,634	0,084
18	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	-0,144	0,310	0,458	0,412
10	Sinto que ninguém se importa com o que eu gostaria de fazer.	0,197	0,111	0,089	0,763

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

A Tabela 17 mostra a melhor solução obtida que produziu 4 fatores, sendo que um deles ficou apenas com o item 10. A variância explicada por essa solução é de 59,9%. O teste *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) resultou em 0,832 que indica que os dados estavam adequados para a análise fatorial.

Com esses resultados decidiu-se eliminar o item 10, porque ficou isolado. Nenhum outro item foi excluído nessa fase porque obtiveram cargas superiores a 0,30 conforme o que havia sido estabelecido como critério (Kline, 2000).

Os 15 itens que se mantiveram, distribuídos em 3 fatores, foram submetidos às próximas análises.

Confiabilidade segundo fatores

Foram calculados os coeficientes de confiabilidade interna dos três fatores obtidos na análise de componentes principais (Tabelas 18, 19 e 20). Para esse cálculo o total de respostas variou entre 199 e 207, porque a presença de algum item em branco eliminou a resposta inteira.

TABELA 18- Coeficientes de confiabilidade sobre os 7 itens do primeiro fator. São Paulo, 2004.

Itens	Alfa total = 0,838		Alfa total = 0,845	
	Escala com 7 itens		Escala sem o item 4	
	Correlação item - total	Alfa se o item for excluído	Correlação item - total	Alfa se o item for excluído
11 Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	0,733	0,796	0,732	0,800
19 Meu corpo ainda obedece ao meu comando.	0,638	0,810	0,672	0,812

(continua)

TABELA 18- Coeficientes de confiabilidade sobre os 7 itens do primeiro fator. São Paulo, 2004. (conclusão)

Itens	Alfa total = 0,838		Alfa total = 0,845	
	Escala com 7 itens		Escala sem o item 4	
	Correlação item - total	Alfa se o item for excluído	Correlação item - total	Alfa se o item for excluído
16 Sinto-me capaz de cuidar de mim.	0,615	0,812	0,625	0,819
6 As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	0,617	0,813	0,649	0,816
7 Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	0,604	0,814	0,579	0,829
15 Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	0,554	0,823	0,527	0,842
4 Sinto-me capaz de opinar sobre meu tratamento.	0,441	0,845	-	-

O alfa de Cronbach estimado sobre os 7 itens foi de 0,838. Observa-se que todos os itens obtiveram coeficientes de correlação item-total maior que 0,20 e menor que 0,80. Por esse critério não se excluiria nenhum item. No entanto, observa-se também que a exclusão do item 4 elevaria o alfa de 0,838 para 0,845. Apesar de esse aumento ser discreto, optou-se por excluir o item 4.

Excluindo-se o item 4, os outros itens mantiveram coeficientes de correlação adequados e nenhuma outra exclusão melhoraria o alfa.

A Tabela 19 apresenta os coeficientes de confiabilidade para os 5 itens do segundo fator (Tabela da Fatorial anterior).

TABELA 19- Coeficientes de confiabilidade sobre os 5 itens do segundo fator. São Paulo, 2004.

Itens			Alfa total= 0,763		Alfa total= 0,799		Alfa total= 0,834	
			Escala com 5 itens		Escala sem o item 21		Escala sem os itens 21 e 5	
			Correlação item - total	Alfa se o item for excluído	Correlação item - total	Alfa se o item for excluído	Correlação item - total	Alfa se o item for excluído
14	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.		0,415	0,661	0,710	0,694	0,689	0,775
13	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.		0,295	0,657	0,718	0,689	0,741	0,723
12	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.		0,594	0,697	0,612	0,745	0,656	0,808
21	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.	0,697	0,799	-	-	-	-	-
5	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.	0,688	0,758	0,411	0,834	-	-	-

O alfa de Cronbach estimado sobre os 5 itens foi de 0,763. Observa-se que todos os itens obtiveram coeficientes de correlação item-total maior que 0,20 e menor que 0,80. A exclusão do item 21 elevaria o alfa de 0,763 para 0,799. Excluiu-se o item 21. Com essa exclusão os índices de correlação continuarão satisfatórios e a exclusão do item 5 melhoraria ainda mais o valor de alfa. Decidiu-se excluir também o item 5.

TABELA 20- Coeficientes de confiabilidade sobre os 3 itens do terceiro fator.

São Paulo, 2004.

Itens		Correlação item - total	Alfa se o item for excluído
8	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	0,353	0,527
17	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	0,485	0,332
18	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	0,341	0,568

O alfa de Cronbach estimado sobre os 3 itens foi de 0,578. Observa-se que todos os itens obtiveram coeficientes de correlação item-total maior que 0,20 e menor que 0,80. Não excluir item elevaria o alfa total.

Em síntese, nessa etapa foram excluídos os itens 4, 5 e 21, permanecendo 12 itens (6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19). A Tabela 21 mostra um resumo dos procedimentos de seleção dos itens.

TABELA 21- Síntese das análises estatísticas nos 21 itens do instrumento de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Itens	Poder de discriminação*	Correlação item-total	Fatorial sobre os 16 itens	Alfa se o item for excluído	Alfa se o item for excluído	Alfa se o item for excluído	Opção
1 Aceito as visitas frequentes dos médicos e da enfermagem, mesmo quando não quero.	0,68	-0,037	Excluído				
2 Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.	0,00	0,105	Excluído				
3 Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer	0,00	0,111	Excluído				

Itens	Poder de discriminação*	Correlação item-total	Fatorial sobre os 16 itens	Alfa se o item for excluído	Alfa se o item for excluído	Alfa se o item for excluído	Opção
em minhas coisas.							
4 Sinto-me capaz de opinar sobre meu tratamento.	0,00	0,316	Fator 1	0,838-0,845	Excluído		
5 Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.	0,00	0,445	Fator 2	0,763-0,758	0,797-0,834	Excluído	
6 As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	0,00	0,368	Fator 1	0,838-0,813	0,845-0,816	Mantido	Mantido
7 Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	0,00	0,402	Fator 1	0,838-0,814	0,845-0,829	Mantido	Mantido

(continua)

TABELA 21- Síntese das análises estatísticas nos 21 itens do instrumento de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004. (continuação)

	Itens	Poder de discrimin ação*	Correlaç ão item- total	Fatori al sobre os 16 itens	Alfa se o item for excluíd o	Alfa se o item for excluíd o	Alfa se o item for excluíd o	Opção
8	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	0,00	0,321	Fator 4	0,578-0,527	Mantido	Mantido	Mantido
9	Não dou minha opinião sobre meu tratamento, porque os médicos e a enfermagem podem cuidar mal de mim.	0,00	0,166	Excluído				
10	Sinto que ninguém se importa com o que eu gostaria de fazer.	0,00	0,346	Fator 3	Excluído			
11	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	0,00	0,502	Fator 1	0,838-0,796	0,845-0,800	Mantido	Mantido
12	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.	0,00	0,581	Fator 2	0,763-0,697	0,797-0,745	0,834-0,808	Mantido
13	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.	0,00	0,581	Fator 2	0,763-0,657	0,797-0,689	0,834-0,723	Mantido
14	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.	0,00	0,584	Fator 2	0,763-0,661	0,797-0,694	0,834-0,775	Mantido
15	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	0,00	0,311	Fator 1	0,838-0,823	0,845-0,842	Mantido	Mantido
16	Sinto-me capaz de cuidar de mim.	0,00	0,361	Fator 1	0,838-0,812	0,845-0,820	Mantido	Mantido
17	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	0,00	0,296	Fator 4	0,578-0,332	Mantido		Mantido

Itens	Poder de discriminação*	Correlação item-total	Fatorial sobre os 16 itens	Alfa se o item for excluído	Alfa se o item for excluído	Alfa se o item for excluído	Opção
-------	-------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------

(continua)

TABELA 21- Síntese das análises estatísticas nos 21 itens do instrumento de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004. (conclusão)

Itens	Poder de discriminação*	Correlação item-total	Fatorial sobre os 16 itens	Alfa se o item for excluído	Alfa se o item for excluído	Alfa se o item for excluído	Opção
18 Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	0,00	0,287	Fator 4	0,578-0,568	Mantido		Mantido
19 Meu corpo ainda obedece o meu comando.	0,00	0,352	Fator 1	0,838-0,810	0,845-0,812	Mantido	Mantido
20 Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.	0,03	0,105	Excluído				
21 Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.	0,00	0,235	Fator 2	0,763-0,800	Excluído		

*p valor de Teste t sobre subamostra com escores totais extremos.

5.1.2.2. Propriedades psicométricas do instrumento para avaliação do *Sentimento de Impotência*.

A Tabela 22 mostra os itens que permaneceram após os procedimentos de seleção.

TABELA 22- Itens do instrumento para avaliação do *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Itens	
6	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.
7	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.
8	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
11	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.
12	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
13	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.
14	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.
15	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.
16	Sinto-me capaz de cuidar de mim.
17	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.
18	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.
19	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.

5.1.2.2.1. Confiabilidade

Consistência interna

O conjunto dos 12 itens foi submetido à estimativa de coeficientes de correlação item-total, coeficiente alfa de Cronbach e alfa se o item fosse excluído. O valor de alfa total foi: 0,799.

TABELA 23- Coeficientes de correlação item-total e alfa se o item for excluído sobre os 12 itens. São Paulo, 2004.

Itens	Correlação item-total	Alfa se o item for excluído
6 As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	0,468	0,783
7 Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	0,430	0,786
8 Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	0,317	0,795
11 Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	0,615	0,770
12 Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.	0,558	0,772
13 Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.	0,583	0,769
14 Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.	0,581	0,770
15 Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	0,434	0,785
16 Sinto-me capaz de cuidar de mim.	0,446	0,784
17 Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	0,287	0,798
18 Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	0,189	0,812
19 Meu corpo ainda obedece ao meu comando.	0,467	0,783

Alfa total = 0,799

Observa-se, na Tabela 23, que o alfa estimado de 0,799 é adequado e que apenas o item 18, cuja exclusão aumentaria discretamente o alfa total, apresentou correlação item-total baixa.

Ainda, como parte da análise de consistência, apresentaremos os resultado da análise fatorial sobre os 12 itens, de forma que se possa compreender as análises de consistência sobre os fatores produzidos. As respostas obtidas nos procedimentos empíricos geram associação de itens de forma diferente do que era suposto pelo modelo teórico, criando fatores (dimensões) que não coincidem com os as dimensões pré-definidas.

O método utilizado para a análise fatorial foi o de componentes principais. Para seleccionar o número de fatores foi considerado o total de variância explicada. Assim, foram extraídos 3 fatores com autovalores maiores que 1, que explicam ao todo 61,56% da variância total dos 12 itens.

O método de rotação utilizado foi o *Varimax* que minimiza o número de variáveis de cada agrupamento (fator), simplificando a sua interpretação. Os aspectos referentes à validade sobre os resultados da análise fatorial serão apresentados na próxima parte deste relatório. O KMO foi 0,871, indicando que os dados eram adequados para a análise fatorial.

TABELA 24- Matriz obtida pela análise de componentes principais sobre os 12 itens. São Paulo, 2004.

Itens	Descrição	Fator 1	Fator 2	Fator 3
11	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	0,823	0,116	0,160
19	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.	0,805	0,014	0,042
6	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	0,757	0,173	-0,132
16	Sinto-me capaz de cuidar de mim.	0,751	0,011	0,077
7	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	0,701	0,142	-0,071
15	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	0,627	0,210	-0,037
14	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.	0,166	0,843	0,149
13	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.	0,150	0,840	0,228
12	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento	0,156	0,783	0,203
8	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	0,140	0,069	0,762
17	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	-0,022	0,197	0,760
18	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	-0,127	0,251	0,592

Identificados os novos fatores, a consistência das novas escalas através do coeficiente alfa de Cronbach, está apresentada nas Tabelas a seguir.

O valor do alfa de Cronbach obtido para o primeiro fator foi bastante elevado, como podemos perceber na Tabela 25, abaixo. O total de respostas incluídas nessa análise foi de 207.

TABELA 25- Coeficientes de correlação item-total e alfa se o item for excluído do fator 1. São Paulo, 2004.

	Correlação item-total	Alfa se o item for excluído
Item 6	0,650	0,816
Item 7	0,579	0,829
Item 11	0,732	0,800
Item 15	0,527	0,842
Item 16	0,625	0,820
Item 19	0,672	0,812
Alfa total		0.845

O valor do alfa de Cronbach obtido para o segundo fator foi bastante elevado como podemos observar na Tabela 26. O total de respostas incluídas nessa análise foi de 199.

TABELA 26- Coeficientes de correlação item-total e alfa se o item for excluído do fator 2. São Paulo, 2004.

	Correlação item-total	Alfa se o item for excluído
Item 12	0,656	0,808
Item 13	0,741	0,724
Item 14	0,690	0,775
Alfa total		0,834

O valor do alfa de Cronbach obtido para o terceiro fator foi moderado, porém não há sugestão de corte de nenhum item para melhora da escala. O total de respostas para essa estimativa foi de 204.

TABELA 27- Coeficientes de correlação item-total e alfa se o item for excluído do fator 3. São Paulo, 2004.

	Correlação item-total	Alfa se o item for excluído
Item 8	0,353	0,527
Item 17	0,485	0,332
Item 18	0,341	0,568
Alfa total		0,578

Teste e reteste

Para a verificar a estabilidade das respostas, 20% dos pacientes responderam ao mesmo instrumento duas vezes com intervalo de uma semana. As respostas que eles ofereceram sobre os eventos importantes nesse intervalo não indicaram a exclusão de nenhum paciente para essa etapa.

As concordâncias entre as respostas dadas na primeira e na segunda avaliação foram verificadas de três maneiras. Na primeira utilizou-se o coeficiente *Kappa*, a segunda foi feita através da análise de correlação (coeficiente de *Pearson*), e a terceira, através do teste *T-Pareado*, verificando se os valores médios do índice nas duas aplicações foram estatisticamente iguais.

A Tabela 28, a seguir, mostra os índices *Kappa* calculados para cada item.

TABELA 28- Medida de Kappa para os 12 itens. São Paulo, 2004.

	Respostas Concordantes		Índice Kappa
	N	%	
Item 6	37	88,1%	0,842
Item 7	40	95,2%	0,918
Item 8	38	90,5%	0,858
Item 11	39	92,9%	0,911
Item 12	37	88,1%	0,840
Item 13	36	85,7%	0,799
Item 14	37	88,1%	0,835
Item 15	39	92,9%	0,898
Item 16	39	92,9%	0,889
Item 17	40	95,2%	0,923
Item 18	32	76,2%	0,732
Item 19	40	95,2%	0,911

O elevado valor do *Kappa* (próximo de 1) mostra que houve alto grau de concordância. Todas as medidas calculadas foram consideradas estatisticamente significativas ($p < 0,001$), indicando que existe concordância entre as respostas.

O coeficiente de correlação de *Pearson* foi igual a 0,943, indicando também alta correlação entre as pontuações obtidas nas duas aplicações.

A pontuação média na primeira aplicação foi 30,0 e na segunda, 28,9. O valor de p foi igual a 0,163. Esse resultado também indica que não houve diferença, estatisticamente significativa, entre os valores médios apresentados no teste e no reteste ($p\text{-valor} > 0,05$).

Para ilustrar os resultados apresentados, foram construídos os gráficos de dispersão para a pontuação obtida no teste e no reteste. Podemos observar que, em geral, as pontuações são muito semelhantes, ocorrendo disparidade apenas para alguns pacientes.

FIGURA 4- Gráfico de dispersão obtido no teste-reteste. São Paulo, 2004.

Também foram construídos “*Box-plots*” para ilustrar as pontuações obtidas.

FIGURA 5- “Box-plots” dos escores obtidos no teste-reteste. São Paulo, 2004.

5.1.2.2.2. Validade

Validade convergente

Verificou-se se a pontuação obtida nos 12 itens do instrumento estava diretamente associada à resposta dada na questão 9 da Ficha de Identificação “*Quanto de controle você sente que tem sobre a sua situação?*” Averiguou-se, inicialmente, se valores baixos de pontuação total nos 12 itens da escala estavam associados à baixos graus de controle conforme as respostas à questão 9.

Foi utilizado o teste de Análise de Variância (*Anova*) para a comparação da pontuação média obtida em cada categoria de resposta da questão 9 (de muito a nada de controle), pois as variâncias dos grupos eram homogêneas entre si. Quando foram constatadas diferenças entre os grupos, realizaram-se comparações múltiplas, através do testes de *Tukey*, que comparam de dois a dois grupos para identificar quais grupos se diferenciam entre si. Foram consideradas diferenças, estatisticamente significantes, quando p-valor menor que 0,05.

Na Tabela 29 estão apresentadas as descritivas da pontuação para cada um dos grupos.

TABELA 29- Distribuição da estatística descritiva da validade de construto (convergente). São Paulo, 2004.

		<i>Quanto de controle você sente que tem sobre a sua situação?</i>				
		mu	ba	po	qu	na
Pontuação Total	Média	22,65	29,75	32,75	39,50	42,93
	Mediana	22,00	30,00	33,00	38,50	44,00
	Desvio padrão	6,16	7,29	7,82	8,44	10,43
	Mínimo	14,00	14,00	14,00	18,00	16,00
	Máximo	33,00	44,00	49,00	58,00	60,00

p-valor = 0,000

A análise de variância mostrou que houve diferença estatisticamente significativa nas pontuações totais médias segundo as categorias de respostas à questão 9 ($p=0,000$). Os resultados do teste de *Tukey* de comparações múltiplas para verificar quais categorias de respostas influenciaram essa diferença estão na Tabela 30, a seguir.

TABELA 30- Valores de p resultantes das comparações múltiplas dos escores totais médios segundo categorias de respostas quanto ao grau de controle sobre a situação. São Paulo, 2004.

Categorias de referência	Categorias de Comparação	Nível descritivo (p-valor)
muito	bastante	0,012
	pouco	0,000
	quase nada	0,000
	nada	0,000
	pouco	0,269
bastante	quase nada	0,000
	nada	0,000
	quase nada	0,001
pouco	nada	0,000
quase nada	nada	0,432

Os resultados acima mostram que os grupos, segundo categorias de respostas quanto ao grau de controle na situação, se diferenciaram. Nota-se que apenas o grupo que classificou como “bastante controle” não se diferencia em termos de escore médio de *sentimento de impotência* do grupo que classificou como “pouco controle”, e, também, que os grupos que classificaram como “nada” ou “quase nada de controle” não se diferenciam, estatisticamente, com relação à pontuação total média de *sentimento de impotência*.

A Figura abaixo ilustra estes resultados e mostra que há um aumento da pontuação média conforme cresce a classificação apontada.

FIGURA 6- “Box-plots” dos resultados obtidos com os grupos em relação às respostas quanto ao grau de controle na situação e à pontuação média de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Validade de construto

A Tabela 24 da análise fatorial será novamente apresentada com a finalidade de tratar dos resultados referentes à validade de construto do *sentimento de impotência*. Para manter a seqüência das Tabelas, ela receberá aqui um novo número (Tabela 31).

TABELA 31- Matriz obtida pela análise de componentes principais sobre os 12 itens. São Paulo, 2004.

Itens	Descrição	Fator 1	Fator 2	Fator 3
11	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	0,823	0,116	0,160
19	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.	0,805	0,014	0,042
6	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	0,757	0,173	-0,132
16	Sinto-me capaz de cuidar de mim.	0,751	0,011	0,077
7	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	0,701	0,142	-0,071
15	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	0,627	0,210	-0,037
14	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.	0,166	0,843	0,149
13	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.	0,150	0,840	0,228
12	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento	0,156	0,783	0,203
8	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	0,140	0,069	0,762
17	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	-0,022	0,197	0,760
18	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	-0,127	0,251	0,592

O modelo de White e Roberts (1993) (Figura 1) é composto por quatro dimensões (fisiológica, cognitiva, ambiental e desisória), que foram utilizadas para construir os itens do instrumento para avaliar o *sentimento de impotência*. Era esperado que essas dimensões fossem confirmadas pela análise fatorial, o que não ocorreu. A Tabela 31 mostra que os 12 itens do instrumento respondidos pelos 210 pacientes produziram apenas 3 **dimensões**. Além de apresentar uma dimensão a menos que o pressuposto, a análise qualitativa dos conteúdos dos itens de cada dimensão delineia outros aspectos que não os previstos nas dimensões do modelo utilizado.

Observa-se no primeiro fator (dimensão) que ficaram reunidos 6 itens com conteúdos positivos, isto é, que na sua formulação são desfavoráveis ao *sentimento de impotência*, e tratam, predominantemente de crenças relativas à própria capacidade de realizar comportamentos. No segundo fator (dimensão) reuniram-se 3 itens relativos a expectativas de resultados para os comportamentos. No terceiro fator (dimensão) reuniram-se também 3 itens que tratam de aspecto emocional ou afetivo desencadeado pela situação.

Considerando as dimensões previstas (fisiológica, cognitiva, ambiental e decisória), pode-se inferir pela análise fatorial que elas ficaram dispersas nos componentes obtidos a partir das respostas dos 210 pacientes.

Sentimento de Impotência e locus de controle

Os itens da escala de *locus* de controle foram acrescentados aos itens relativos ao *sentimento de impotência*. A finalidade desse procedimento foi de identificar indicativos de que *locus* de controle e *sentimento de impotência* referem-se a construtos diferentes. Além disso, pretendeu-se estudar possíveis associações entre as duas variáveis.

Análise fatorial

A análise fatorial foi realizada sobre os 12 itens da escala de *sentimento de impotência* em conjunto com os 18 itens do *locus* de controle para verificar como

eles se comportariam. Aplicou-se o método de componentes principais com rotação *Varimax*, que produziu solução com 8 componentes (autovalores>1), explicando 65,3% da variância total. O KMO foi de 0,78.

TABELA 32- Matriz da análise fatorial sobre 30 itens (12 do instrumento de *Sentimento de Impotência* e 18 da escala de *locus* de controle). São Paulo, 2004.

Itens*	Componentes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
11 Impotência	0,794	-0,103	0,180	-0,068	-0,088	-0,093	0,073	-0,068
19 Impotência	0,768	-0,106	0,052	-0,128	-0,121	-0,057	-0,060	0,145
16 Impotência	0,726	0,065	0,037	-0,203	-0,104	-0,129	0,086	-0,103
6 Impotência	0,726	-0,134	0,015	-0,165	-0,064	0,212	-0,198	-0,018
7 Impotência	0,682	-0,213	0,115	0,074	0,148	0,084	-0,068	-0,141
27 Locus (I) Item 6	-0,618	0,167	-0,033	0,146	-0,018	0,249	-0,139	-0,058
15 Impotência	0,610	0,006	0,220	0,119	-0,032	-0,186	-0,049	-0,143
22 Locus (I) Item 1	-0,579	0,370	0,064	0,148	0,213	0,002	0,110	-0,188
38 Locus (I) Item 17	-0,137	0,821	-0,012	0,125	0,158	-0,022	-0,038	-0,013
34 Locus (I) Item 13	-0,174	0,780	0,051	0,207	0,091	0,073	-0,060	0,158
33 Locus (I) Item 12	-0,094	0,670	-0,012	0,156	-0,160	0,398	0,067	0,059
35 Locus (E) Item 14	-0,168	0,636	-0,078	0,302	0,159	-0,068	0,108	0,065
13 Impotência	0,179	-0,032	0,818	0,163	0,127	-0,011	0,144	0,066
14 Impotência	0,262	0,124	0,788	0,081	0,120	0,051	0,064	0,048
12 Impotência	0,177	-0,114	0,780	-0,022	-0,023	0,178	0,097	0,066
30 Locus (A) Item 9	-0,183	0,302	0,050	0,771	-0,096	0,122	-0,017	0,194
32 Locus (A) Item 11	-0,113	0,254	0,206	0,759	-0,089	0,076	-0,061	0,145
37 Locus (A) Item 16	-0,152	0,192	0,022	0,741	0,099	0,016	0,092	0,030
25 Locus (A) Item 4	-0,113	0,022	0,037	0,518	0,184	-0,148	0,470	-0,108
24 Locus (E) Item 3	-0,187	0,126	0,113	0,081	0,773	-0,089	0,141	0,191
26 Locus (E) Item 5	-0,144	0,250	0,196	-0,070	0,732	-0,110	0,057	0,283
8 Impotência	0,059	-0,023	0,350	0,019	-0,501	-0,243	0,376	0,219
29 Locus (I) Item 8	-0,125	0,106	0,169	0,047	-0,154	0,768	-0,030	0,035
28 Locus (E) Item 7	-0,262	0,161	0,102	-0,058	0,064	0,606	0,309	-0,092
36 Locus (A) Item 15	0,297	-0,219	-0,117	0,238	0,291	0,467	0,205	0,122
18 Impotência	-0,048	0,095	0,232	-0,027	0,039	0,150	0,720	0,028
23 Locus (A) Item 2	0,136	-0,101	-0,052	0,125	0,318	0,380	0,582	0,219
17 Impotência	-0,078	0,023	0,413	0,090	-0,254	0,020	0,471	0,212
39 Locus (E) Item 18	-0,015	0,022	0,138	0,056	0,194	-0,072	0,059	0,773
31 Locus (E) Item 10	-0,093	0,198	0,066	0,229	0,099	0,230	0,119	0,741

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a Rotation converged in 98 iterations.

* Segundo numeração que receberam no instrumento de coleta dos dados

Nos itens de locus de controle: I=interno; E=externo; A=acaso; indicados os números originais dos itens.

Observa-se, na Tabela 32, que dos 8 fatores produzidos, 4 isolaram itens de apenas um dos dois construtos e em 4 ficaram itens referentes aos dois construtos. No entanto, pode-se também observar que alguns itens poderiam ser aceitos em outro fator, mantendo, mesmo assim, cargas fatoriais adequadas. Por exemplo, o item 22 que teve sua maior carga (-0,579) no fator 1, poderia ser alocado adequadamente no fator 2, em que teve carga de 0,370.

Associação entre *locus* de controle e *Sentimento de Impotência*

Apresentaremos os resultados descritivos sobre o *locus* de controle, sobre o *sentimento de impotência* e, a seguir, os resultados de associação entre os dois.

TABELA 33- Estatísticas descritivas dos escores na Escala de *Locus* de controle e em Internalidade total. São Paulo, 2004.

Dimensões	N	<i>Média</i>	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Interno	208	24,1	±4,1	24	9	30
Externo	204	23,0	±4,5	23	11	30
Acaso	206	20,1	±5,4	21	6	30
Internalidade	199	2,1	±4,4	2	-14	12,5

Os escores nas dimensões do *locus* de controle poderiam variar entre 6 e 30. Observa-se que, nas três dimensões, o escore máximo foi atingido e que, na dimensão externo o escore mínimo foi 11. A internalidade total ($[I - (E/2 + A/2)]$) poderia variar entre -30 e +30.

O índice alfa de Cronbach sobre os 18 itens da escala de *locus* de controle foi 0,792; na dimensão interno foi 0,678; externo 0,661 e acaso, 0,664.

Os itens da Escala de *Sentimento de Impotência* compuseram 3 fatores e o número de itens não é o mesmo nos 3. Com o objetivo de facilitar a interpretação dos escores de impotência, as escalas originais foram transformadas em escalas de 0 a 100, assim como sugerem McDowell, Newell (1996):

$$\text{Escala Transformada} = \frac{(\text{Escore original} - \text{Menor escore possível})}{\text{Amplitude da escala original}} \times 100$$

As estatísticas descritivas dos escores (transformados) nas dimensões (subescalas) do *sentimento de impotência* estão na Tabela 34.

Tabela 34- Estatísticas descritivas dos escores (transformados) nas subescalas de *Sentimento de Impotência*. São Paulo, 2004.

Subescalas	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Fator 1	29,67	25,00	25,53	0	100
Fator 2	51,96	50,00	36,17	0	100
Fator 3	68,55	66,67	27,86	0	100

Com base nos escores transformados para escala de 0 a 100, os resultados da Tabela 34 mostram que o fator 3 foi o que teve a maior média e o fator 1, a menor.

A escala de *locus* de controle não oferece um escore geral. Por isso utilizamos a Internalidade total para testar a associação entre *locus* de controle e *sentimento de impotência*. A hipótese era de que quanto maior a internalidade, menor o *sentimento de impotência*. O teste de correlação de *Pearson* resultou em índice de $-0,33$ (p -valor = $0,000$), indicando que as duas variáveis correlacionaram-se moderadamente.

6-DISCUSSÃO

Neste capítulo, são discutidos os resultados obtidos pelo estudo.

A discussão é iniciada pelas fontes utilizadas na construção dos itens relativos ao conceito *sentimento de impotência*: o modelo de White, Roberts (1993) que envolve quatro dimensões de perda de controle pessoal (fisiológica, cognitiva, ambiental e decisória) e pela definição da NANDA (2002, 2003) com as suas respectivas características definidoras.

Observa-se que a “percepção de perda de controle pessoal sobre uma situação” é a idéia central tanto no modelo de White, Roberts (1993) quanto na definição da NANDA. No modelo de White, Roberts é enfatizado o termo “perda de poder” nas definições das quatro dimensões de perda de controle. Ao se definir perda de controle cognitivo, fica subentendida a presença da variável “*déficit* de conhecimento” como antecedente da perda de controle cognitivo. Esse modelo enfatiza a necessidade que cada pessoa tem de “manter o controle sobre uma situação, aumentando mais esse desejo no momento da hospitalização” (White, Roberts, 1993. p.127). Uma vez ameaçado ou perdido esse controle, o diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* pode ocorrer.

A definição da NANDA mantém o grau da abstração da definição de White, Roberts (1993), e são indicadas as características definidoras do *sentimento de impotência* que, ao serem exploradas como referentes empíricos, levam-nos a admitir a possibilidade de superposição conceitual com outros diagnósticos psicossociais, tais como: medo, tristeza crônica, enfrentamento ineficaz, sentimento de pesar antecipado e disfuncional e baixa auto-estima situacional. Salientam-se como

aspectos comuns a essas respostas noções de submissão e autoridade e de *déficit* de conhecimento.

Considerando a subjetividade do conceito e sua abstração, pode-se inferir, nessa exploração teórica, que o *sentimento de impotência*, oposto ao controle pessoal, intensifica-se com a hospitalização, quando a situação vivenciada pelo paciente ameaça seu controle, levando-o a se expressar de maneira variada, seja verbalmente ou não.

Segundo Wheterbee (1995. p.37), a impotência pode ser classificada em dois tipos: impotência situacional e impotência traço. Na primeira, há percepção de perda de controle pessoal diante de uma situação ou evento. E na segunda, a impotência é inerente ao indivíduo, sendo o modo como este age no transcorrer da vida, diante de eventos e situações, estando relacionada à personalidade. No presente estudo, esse aspecto não foi posto em questão, mas os conteúdos dos itens têm um caráter predominantemente situacional. Outras variáveis de caráter mais permanente provavelmente estão associadas ao *sentimento de impotência*. Estudos sobre possíveis associações auxiliarão no desenvolvimento do conceito de *sentimento de impotência*.

Em síntese, tanto a definição de *sentimento de impotência* no modelo de White, Roberts, quanto na definição da NANDA, problemas conceituais, semânticos e metodológicos estão inerentes.

O que nos cabe, seguindo a proposta da NANDA, segundo Clark, Craft-Rosenberg e Delaney (2000. p.542-3), é evidenciá-los, discuti-los e tentar resolvê-los, de modo a facilitar a aplicação desse diagnóstico de enfermagem na clínica.

No que diz respeito à dificuldade conceitual, o *sentimento de impotência* parece ser um fenômeno complexo. Desde a sua inserção como diagnóstico de enfermagem na classificação da NANDA, em 1982, agrega idéias e conceitos variados e abstratos, mas capturando sempre a “percepção de perda de controle pessoal”.

Do ponto de vista da semântica, os termos relacionados à expressão do conceito são muito variados e freqüentemente não se tem clareza se os seus significados são diferentes, o que aumenta a complexidade da tarefa de clarificar o conceito. Os termos identificados, tanto no modelo de White, Roberts (1993) quanto na classificação da NANDA, aparentavam algumas similaridades de vocabulário e idéias que precisaram ser verificadas detalhadamente (Tabelas 1, 2 e 3).

Com base na exploração do conceito que levou à escolha de uma definição e à identificação de possíveis comportamentos característicos da pessoa que se sente impotente, foram elaborados 111 itens. A esses, agregaram-se 18 itens da escala de *locus* de controle na saúde, devido ao pressuposto de o *locus* estar associado ao conceito *sentimento de impotência*.

Os 129 itens foram categorizados segundo as dimensões do modelo de White, Roberts (1993). Já nesse momento observou-se que alguns itens poderiam ser categorizados em mais de uma dimensão e, algumas vezes, em até três dimensões. Essa superposição indicava problemas com as dimensões do modelo ou com a qualidade dos itens. Os 129 itens foram submetidos à validade de conteúdo por um painel de seis juízes. Nessa etapa, solicitou-se que julgassem a pertinência do item ao conceito de impotência e, em caso positivo, que indicassem a que dimensão o item era pertinente. As respostas dos juízes mostraram intensa diversidade e houve várias

situações em que duas ou três dimensões receberam o maior número de indicações. Esse resultado sugeria certa fragilidade das dimensões do modelo adotado.

Os resultados de concordância sobre 129 itens, expostos na Tabela 6, mostraram grande variação entre os juízes. Ao analisar-se a Tabela 6, segundo as colunas, observa-se que um juiz respondeu com alta frequência de -1 , enquanto outros com alta frequência de $+1$. Esses resultados apenas confirmaram a necessidade de se aprofundar a discussão sobre o conceito de *sentimento de impotência* na enfermagem. Do ponto de vista metodológico, admitimos que se tivesse havido oportunidade de esses mesmos juízes se reunirem e pessoalmente discutirem cada item, buscando-se o consenso sobre sua manutenção, os resultados dessa etapa teriam sido, pelo menos, mais ricos. Adicionalmente aos resultados da Tabela 6, observou-se, nas respostas dos juízes quanto à alocação dos itens nas dimensões, que vários itens foram indicados simultaneamente para as dimensões cognitiva e decisória. Esse resultado indicou que as definições teóricas dessas dimensões não ofereceram suporte suficiente para o trabalho dos juízes.

Vale também ressaltar, mediante resultados da Tabela 6, que dos 111 itens referentes ao *sentimento de impotência*, 19 obtiveram média negativa de $-0,33$, sendo 18 itens redigidos de forma favorável ao *sentimento de impotência* e 1 item, de maneira desfavorável. O que chamou a atenção nesse resultado é que alguns desses itens pareciam claramente pertinentes ao conceito de *sentimento de impotência*. A análise mais detalhada dos conteúdos desses itens mostrou que seus enunciados estavam em sentido oposto ao que seria esperado nos casos de *sentimento de impotência*. Essa observação foi a base para não eliminarmos itens com médias negativas que tinham enunciado em sentido oposto; além disso, na segunda

avaliação, os juízes foram alertados quanto ao fato de que o que se desejava era a opinião quanto ao conteúdo ser ou não pertinente à impotência e não se uma resposta afirmativa ao item indicaria a presença do *sentimento de impotência*.

Gordon, Sweeney (1979. p.10) mencionam a importância dessa etapa de validação de conteúdo com os juízes. Ressaltam ser essencial selecioná-los conforme a experiência que têm no assunto e sugerem um treinamento especial sobre o tema. Como já mencionado, os juízes não eram especialistas no conceito em estudo. Tinham grande bagagem de prática clínica, conhecimentos sobre diagnóstico de enfermagem e, especialmente, já tinham desenvolvido estudos metodológicos de validação ou construção de instrumentos. Os juízes salientaram que o *sentimento de impotência* é um fenômeno muito abstrato e de difícil afirmação diagnóstica, o que nos faz reconhecer que a tarefa de julgar 129 itens (grande parte dos itens avaliados em duas sessões) foi extremamente árdua. Todos os juízes tinham desenvolvido pesquisas sobre aspectos psicossociais do paciente adulto e suas contribuições foram valiosas na redefinição dos itens e fundamentais para os resultados deste estudo. Não pudemos localizar enfermeiros brasileiros que tivessem produção específica sobre o conceito em estudo, simplesmente porque esse conceito, assim como muitas outras respostas psicossociais, não têm sido sistematicamente estudadas na enfermagem em nosso meio.

Com essa discussão, pretende-se justificar que a elaboração conceitual do *sentimento de impotência* que norteou o desenvolvimento dos itens foi pautada por diretrizes pouco sólidas em vista do conhecimento existente. Isso não desmerece o estudo. Pelo contrário, valoriza-o, porque os seus resultados oferecem aos pesquisadores uma base sistematizada a partir da qual podem ser geradas questões

que, uma vez estudadas, permitirão refinar o conceito de *sentimento de impotência* e articulá-lo num sistema teórico mais amplo.

É oportuno, nesse momento, destacar que este estudo é um exemplo de como os sistemas padronizados de linguagem podem contribuir para o desenvolvimento conceitual necessário para fundamentar a prática clínica da enfermagem. Enquanto nos mantivermos afirmando que o cuidado incorpora a esfera psicossocial do viver, sem pontuar os fenômenos que a ela dizem respeito, continuaremos como que patinando numa superfície indiferenciada que não nos permitirá conhecer as reais contribuições da profissão para os resultados em saúde.

Quanto à dificuldade de afirmação desse diagnóstico pertencente às respostas psicossociais, este estudo reflete a afirmação de Lunney (2001. p.313) quanto à necessidade de a enfermagem “olhar o imperceptível”, ou seja, atentar para as respostas psicossociais que os pacientes expressam, salientando a importância da acurácia diagnóstica no cotidiano da prática de enfermagem. Para Lunney (2001), a acurácia diagnóstica nas respostas psicossociais é imprescindível e envolve processos cognitivos e perceptuais das decisões clínicas da enfermeira. O ponto nevrálgico é o pensamento crítico e a forma de pensar da enfermeira, o que envolve raciocínio, reflexão, intuição, flexibilidade nos pensamentos e idéias, curiosidade, criatividade e perspectiva contextual, ou seja, consideração da situação como um todo, incluindo as relações pré-existentes e o ambiente de cuidados. No entanto, não há como bem exercer esses hábitos mentais e expressar as atitudes de um pensador crítico se não houver conhecimento minimamente articulado para sustentá-los.

Encerrando essa discussão em relação à etapa de validação com os juízes, observaram-se a eficiência no julgamento desses e as contribuições para a construção dos itens no instrumento.

O julgamento dos 129 itens resultou na manutenção de 54 itens que foram novamente julgados pelos mesmos juízes quanto aos critérios de adequação estabelecidos por Pasquali (1998). Nessa etapa, os 18 itens da escala de *locus* de controle foram eliminados mediante IVC de, no mínimo, 0,80. Esses resultados já indicavam a diferenciação entre *locus* de controle e *sentimento de impotência*. Ao final dessa etapa foram retidos 23 itens.

Após esse processo, realizou-se o teste de inteligibilidade com 23 itens, sendo um momento de grande importância para a construção do instrumento. As expressões dos pacientes permitiram verificar os itens mais adequados, modificar alguns enunciados e eliminar os que não permitiam adequada compreensão pelos pacientes.

Notou-se entre os itens originais do instrumento (23 itens) que o item 5: “*Sinto-me incapaz de opinar sobre o meu tratamento*”, o item 8: “*Sinto-me sem condições de alcançar o meu objetivo*” e o item 21: “*Meu corpo não obedece mais ao meu comando*” foram modificados com base nos comentários dos pacientes na primeira sessão para itens desfavoráveis ao *sentimento de impotência*, permanecendo assim até o final do teste.

Considera-se também relevante ressaltar que o item 18, tal como originalmente proposto, “*Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar*”, foi sendo modificado desde a segunda sessão até a última, retornando ao sentido original. Isso indica que as discussões com os pacientes têm caráter cumulativo e confirma a necessidade de se buscar a saturação que é dada pela

segurança do pesquisador quanto à suficiência de dados para cada decisão que faz.

Nos procedimentos empíricos e analíticos, o instrumento *sentimento de impotência* estava com 21 itens e foi aplicado a 210 pacientes adultos internados em unidades médico-cirúrgicas.

Em relação à amostra, merece destacar que metade dela, ou seja, 105 pacientes tinham experiência prévia com hospitalização. Essa variável não foi testada, mas admite-se que a experiência prévia pode ter algum efeito (positivo ou negativo) sobre o *sentimento de impotência*.

Quanto à seleção dos itens, atendendo aos objetivos do estudo, achou-se pertinente empregar a consistência interna e a correlação item-total como critérios. Aplicamos também um teste para estimar o poder de discriminação de cada item, mas ele serviu apenas como indicativo para a decisão. No poder de discriminação, apenas o item 1 (Tabela 15) mostrou-se com baixa capacidade. Esse item foi depois excluído pelos índices de confiabilidade interna e de correlação item-total.

Na correlação item-total baseamo-nos em Streiner e Norman (1995. p.62) e Munro (2001. p.234-5). Os primeiros afirmam que os itens devem ter moderada correlação item-total; a segunda afirma que índices moderados de correlação variam entre 0,30 e 0,70. Definimos então os limites de 0,20 e 0,80 para manter os itens. Ao submeter os 21 itens ao teste na correlação item-total verificou-se a indicação de exclusão de cinco itens (1, 2, 3, 9 e 20), conforme Tabela 16.

Os 16 itens mantidos foram submetidos à análise fatorial pelo método dos componentes principais. Segundo Pasquali (1987), a análise fatorial constitui uma técnica estatística imprescindível no contexto da psicometria, sobretudo para a problemática da validação de instrumentos psicológicos. Esta análise tem muito a

dizer a respeito tanto da validade quanto da fidedignidade desses instrumentos. (Pasquali 1997. p.189). O resultado dessa análise fatorial sobre os 16 itens mostrou quatro fatores. No entanto, um dos fatores ficou com apenas um item (Item 10: “*Sinto que ninguém se importa com o que eu gostaria de fazer*”). Tratava-se portanto de excluí-lo e, com isso, a exclusão de um fator, ou então de mantê-lo, buscando-se a construção de outros itens para com ele compartilhar a carga fatorial. Optamos pela exclusão do item 10 e do fator 4. Assim, com exceção do item 10 (4º fator) que ficou isolado na fatorial, os três fatores que emergiram da fatorial estavam apontando três possíveis dimensões em relação ao *sentimento de impotência*, como exposto na Tabela 17. Como a análise fatorial sobre os 16 itens tinha a finalidade de guiar as estimativas de confiabilidade segundo as dimensões e não de estimar a validade do instrumento final, a discussão sobre as dimensões obtidas será apresentada posteriormente.

Definidos esses três fatores, ainda com a finalidade de selecionar os itens, procedeu-se a estimativa das confiabilidades e da correlação item-total segundo os fatores obtidos. Como resultado dessa análise de confiabilidade com três dimensões (fatores) foram excluídos mais três itens (4, 5 e 21), ficando o instrumento com 12 itens.

Os 12 itens que permaneceram após procedimentos de seleção foram analisados quanto às propriedades psicométricas do instrumento através da estimativa de coeficiente de correlação item-total, coeficiente alfa de Cronbach e alfa se item fosse excluído. O valor total de alfa foi de 0,799; denotando adequada consistência do instrumento.

Apenas o item 18 apresentou baixa correlação item-total, mas sua exclusão aumentaria apenas discretamente o valor de alfa total.

Quanto ao teste-reteste, o instrumento demonstrou boa estabilidade no intervalo de uma semana. Esse resultado parece lançar questionamentos sobre o fato de o conceito se referir a uma resposta situacional, porque a maioria dos pacientes já havia saído ou estava saindo do hospital no reteste. No entanto, as orientações para o respondente localizam a situação de hospitalização, o que nos permite inferir que as respostas estavam circunscritas a essa situação. Assim, a estabilidade é desejável em termos de confiabilidade para a forma como o instrumento foi apresentado.

Quanto à validade, o instrumento foi testado em relação à validade de construto e convergente.

No tocante à validade convergente, os testes de análise de variância (ANOVA) mostraram que maiores escores em “*sentimento de impotência*” associaram-se significativamente a menores graus de controle sobre a situação, indicados nas respostas à questão: “*Quanto de controle você sente que tem sobre a sua situação?*”. Essa estratégia para estimar a validade de um instrumento não é isenta de críticas, mas o grau de desenvolvimento do conceito não nos permitia outras possibilidades.

Quanto a estimativa de validade de construto, a análise fatorial realizada sobre os 12 itens selecionados (Tabela 31) mostrou que as dimensões do modelo de White, Roberts não se confirmaram. Observou-se que as respostas obtidas nos procedimentos empíricos geraram associação de itens de forma diferente do que era suposto pelo modelo teórico. Os fatores (dimensões) criados não coincidiram com as pré-definidas.

Os itens do primeiro fator diziam respeito à CAPACIDADE DE REALIZAR COMPORTAMENTOS, com um alfa de 0,845. Aplicando as palavras de Averill (1973 *apud* Dennis 1987. p.152) tal dimensão poderia ser denominada de “controle comportamental”, que seria “a direção das ações no meio, ou em uma situação / contexto que a pessoa esteja vivenciando”. Pode-se inferir que talvez a capacidade de dirigir uma ação no contexto situacional seja importante para que o paciente não se sinta impotente. Se a enfermagem, segundo Dennis (1987. p.155), não entender essas respostas, provocará *sentimento de impotência* nesses pacientes. Tal fato nos faz compartilhar com algumas proposições de Lambert VA, Lambert CE (1981. p.13), baseadas nessas observações clínicas:

- um paciente que percebe um senso de poder ou controle e os vê como positivos, irá tentar mantê-los sobre outros fatores que o afetam.
- um paciente que compreende como funciona o ambiente de cuidados na saúde está menos susceptível a demonstrar *sentimento de impotência* que um paciente que não tenha tido experiência com internação e ambiente de cuidados de saúde.

Apesar dessas interpretações, nota-se que todos os itens do Fator 1 eram itens com conteúdo desfavorável ao *sentimento de impotência*. Assim, retomamos todas as respostas no banco de dados para confirmar que os escores tinham sido adequadamente corrigidos para a análise fatorial. Fica então o questionamento sobre em que medida a direção do conteúdo dos itens contribuiu para a conformação desse fator.

O Fator 2 foi composto por itens que tratam da “percepção de perda de controle em relação a aspectos de decisão e interpretação de eventos”. Essa dimensão poderia ser chamada de CAPACIDADE DE TOMAR DECISÕES ou,

alternativamente, DE EXPECTATIVAS DE RESULTADOS PARA COMPORTAMENTOS. Obteve-se um alfa de 0,763. Esses itens parecem formular a “imagem mental” de (in)capacidade para realizar ações ou emitir opiniões, assim como contribuir ou executar escolhas no transcorrer de uma situação.

Já no Fator 3, os conteúdos dos itens retratam uma dimensão afetiva do *sentimento de impotência* que poderíamos preliminarmente designar de RESPOSTA EMOCIONAL AO CONTROLE DAS SITUAÇÕES, que, se recordarmos a fala dos pacientes durante o teste de inteligibilidade do instrumento no tocante ao item 18: “*Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar*”, a idéia “tristeza” foi a que confirmou a necessidade de preservação de formulação deste item desde a primeira sessão até a última. Somente o item 18 desse Fator 3: “*Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou*” se distanciou um pouco das outras cargas, obtendo carga mais baixa, talvez por ser um item que não se conforma nessa “suposta dimensão”. Nessa dimensão o alfa foi de 0,578. Esse índice tem valor que precisa ser melhorado e pode-se aventar a possibilidade de se desenvolverem mais itens com esse objetivo. É possível também que esse último fator indique uma variável que é consequência do *sentimento de impotência*. No entanto, distinguir se um fator indica variável relacionada ao conceito ou se indica dimensão do próprio conceito não é tarefa fácil. Mas deve ser considerada em estudos futuros. É oportuno esclarecer que o Fator 1 explicou 28,7% da variância total, o Fator 2 explicou 16,7% e o Fator 3 explicou 7,4%, nessa primeira análise sobre os 16 itens.

De certa forma, a análise fatorial aplicada aos 12 itens de impotência em conjunto com os 18 itens do *locus* de controle (Tabela 32) também traz indicativos

de validade de construto do *sentimento de impotência*. Isto é, os itens de *sentimento de impotência* se separaram razoavelmente bem dos itens de *locus* de controle: dos oito fatores produzidos, quatro isolaram itens de apenas um dos dois construtos e em quatro ficaram itens referentes aos dois construtos. Também, pode-se analisar tal fato pelo conteúdo dos itens em seus fatores. Percebe-se que o construto *sentimento de impotência* difere do construto de *locus* de controle nos fatores 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 8. No fator 7, observa-se apenas uma discreta tendência de aproximação dos dois construtos envolvidos. Porém, esse resultado pode ser decorrente de associação entre os dois conceitos. Segundo Spector (1992. p.40), durante o desenvolvimento de um construto, deve-se tomar cuidado ao determinar onde partes de dois ou mais construtos se superpõem e onde eles são distintos.

Carpenito (1995. p.694) afirma que o *locus* de controle é um traço de personalidade, enquanto que o *sentimento de impotência* é situacionalmente determinado. Uma pessoa com *locus* de controle interno acredita que poderá, com suas ações, afetar um resultado, não se percebendo impotente, a não ser que se sinta ameaçada na situação. Neste sentido, pacientes com *locus* de controle externo parecem estar mais predispostos ao *sentimento de impotência*.

Neste estudo, o *locus* e o *sentimento de impotência* apresentaram correlação negativa moderada / baixa (-0,33). Esse teste foi aplicado sobre a internalidade total e o resultado significa que quanto **maior** o escore de internalidade, **menor** o escore de *sentimento de impotência*, o que confirma o pressuposto de Carpenito (1995), apesar de ser uma correlação moderada. A escala de *locus* de controle, na sua proposta original, tem respostas em termos de concordância com as afirmações. Neste estudo, para facilitar a inclusão dos itens num mesmo instrumento, solicitaram-se respostas

em termos de frequência, como havia sido definido para os itens de *sentimento de impotência*. Ao se analisarem os resultados, consideramos que essa opção pode ter mascarado os resultados de correlação entre as duas variáveis, porque a escala de concordância contém um ponto neutro e o mesmo não ocorre com a escala de frequência. Sugere-se, para estudos futuros, que se mantenha a escala de *locus* de controle com as alternativas originais (concordância), apresentando-a separadamente do instrumento de *sentimento de impotência*. Alternativamente pode-se também considerar a possibilidade de modificar as respostas do instrumento de *sentimento de impotência* para escala de concordância, em vez de escala de frequência. Naturalmente isso exigirá modificações nos enunciados dos itens. Streiner e Norman (1995, p.37) mencionam não haver regras absolutas nas categorias para a escala. A dependência de estabelecer o tipo de escala *likert* está em atender ao objetivo da pesquisa. Neste estudo, para obter as respostas sobre a frequência de ocorrência do *sentimento de impotência*, utilizou-se a escala de frequência, para evitar que o paciente assumisse a posição neutra (indeciso) diante dos itens do instrumento.

O objetivo geral dessa pesquisa foi de construir e validar um instrumento para medir o *sentimento de impotência*. Esse foi construído e mostrou-se confiável e válido, diante das diversas etapas e testes pelos quais passou no processo de validação.

Ao encerrar este capítulo, é importante enfatizar que este estudo contribui para clarificar o conceito de *sentimento de impotência*.

O instrumento de *sentimento de impotência* (ANEXO K), construído e validado neste estudo, contendo 12 itens com três dimensões distintas, nos deixa claro que poderá ser aplicado, agregando-se as sugestões de modificações aqui

apresentadas e outras que eventualmente surjam, para que se defina melhor o conceito e para que as propriedades do instrumento sejam também melhoradas. Além disso, ressalta-se que não há normatização para os escores do instrumento construído, o que também deverá ser realizado em estudos posteriores. Assim esse instrumento produz escores que podem ser somados por domínios e no total, tomando-se os devidos cuidados quanto ao número diferente de itens em cada domínio; não há pontos de corte e os resultados só permitiram interpretar que quanto maior o escore mais intenso o *sentimento de impotência*.

7-CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo, em resposta aos objetivos definidos, permitiram estabelecer as seguintes conclusões:

- O instrumento construído ficou constituído por 12 itens com três domínios, sendo o domínio 1, “CAPACIDADE DE REALIZAR COMPORTAMENTOS”, com um $\alpha = 0,845$; domínio 2, “CAPACIDADE DE TOMAR DECISÕES / EXPECTATIVAS DE RESULTADOS PARA COMPORTAMENTOS”, com um $\alpha = 0,834$; domínio 3, “RESPOSTA EMOCIONAL AO CONTROLE DAS SITUAÇÕES”, com um $\alpha = 0,578$.

O valor de α total foi de 0,799.

Esses domínios não confirmaram aqueles pré-definidos no modelo de White, Roberts (1993).

- O valor de α sobre os 18 itens da escala de *Locus* de controle foi de 0,792.
- Quanto à validade convergente, essa foi verificada pela comparação dos itens do instrumento com a pergunta: “*Quanto de controle você sente que tem sobre a sua situação?*”. Obteve-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0,000$).
- O construto de *locus* de controle e *sentimento de impotência* se distinguiram razoavelmente bem pela análise fatorial.

- Quanto à correlação entre *locus* de controle e *sentimento de impotência*, houve uma correlação negativa, moderada entre os escores de *sentimento de impotência* e de internalidade total.

Finalizando, cabe ressaltar a efetividade do emprego da psicometria em estudos de fenômenos psicossociais, abstratos e subjetivos, possibilitando a construção e validação de um instrumento específico para medir o *sentimento de impotência*.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, algumas considerações merecem ser feitas.

O diagnóstico de enfermagem *sentimento de impotência* é uma resposta psicossocial freqüente no cenário da nossa profissão, como apresentado ao longo deste estudo. Porém, por ser altamente complexo e subjetivo, compartilha indicadores empíricos com outros diagnósticos, sendo de difícil afirmação.

Tal fato se explica com base na literatura. Desde a sua aprovação na Classificação da NANDA, em 1982 (Gordon, 1994. p.379), não sofreu modificações em seus componentes (título, definição, características definidoras e fatores relacionados).

Com tudo isso, a NANDA nos deixa claro ser esse diagnóstico importante na clínica em enfermagem, pois ainda o mantém em sua Classificação, assim como aprovou em 2000 o diagnóstico “*risk for powerlessness*” - “risco para o *sentimento de impotência*” (NANDA, 2003. p.142), o que denota merecida importância, seja no ensino, na pesquisa, como na assistência em enfermagem.

Atendendo ao objetivo da NANDA de refinar e validar os diagnósticos de enfermagem, e por já ter estudado esse diagnóstico no mestrado, a construção e validação de um instrumento para medir o *sentimento de impotência* se fez mister nesse estudo de doutorado. Para tanto, recorreu-se à psicometria para subsidiar metodologicamente a sua construção. Foram percorridos os passos dos procedimentos teóricos, empíricos e analíticos que Pasquali (1998) preconiza para o rigor na construção dos instrumentos, estimando as propriedades psicométricas.

“A construção e validação de instrumentos de medida, sobretudo daqueles destinados à mensuração de fenômenos subjetivos, é um processo longo que

demanda o desenvolvimento de estudos seqüenciais, não se encerrando apenas em um trabalho inicial” (Carandina, 2003. p.212).

É preciso considerar, também, a complexidade e subjetividade desse diagnóstico que envolve similaridades com outros conceitos e diagnósticos de enfermagem, bem como dimensões que se pretende mensurar, o que foi também expresso pelos juízes.

Com todo esse quadro, os pacientes desse estudo expressaram satisfação e emoção em compartilhar com a pesquisadora questões tão subjetivas, psicossociais, muitas vezes imperceptíveis ao olhar da enfermagem.

O número de itens que integram o instrumento de *sentimento de impotência* é de 12, com propriedades psicométricas estimadas, fato que nos leva a prever futuros estudos com o acréscimo de outros itens para posteriores aplicações do instrumento e validar as três dimensões existentes nele.

Espera-se, contudo, que o instrumento ora construído, tenha contribuído tanto para aprofundar a compreensão do conceito *sentimento de impotência*, quanto para a sua acurácia diagnóstica, de modo a oferecer subsídios para a implementação de intervenções que visem, efetivamente, a atender ao paciente holisticamente.

ANEXOS

ANEXO A - Escala de “*Locus de Controle da Saúde*” (Wallston KA, Wallston BS, Devellis, 1978) adaptada por Dela Coleta JA, Dela Coleta MF (1996).

Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales.

Este é um questionário sobre o que as pessoas pensam e fazem sobre saúde. Para cada frase o (a) senhor (a) deve dizer se está totalmente de acordo, se concorda apenas em parte, se está indeciso, se discorda em parte ou se discorda totalmente. Não existem respostas certas nem erradas, o que importa é sua opinião pessoal sobre todas as questões.

	Totalmente de acordo	Concordo em parte	Indeciso	Discordo em parte	Discordo totalmente
1. Se eu ficar doente, a minha recuperação rápida vai depender do meu comportamento.					
2. Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo.					
3. Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico.					
4. Muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso.					
5. Toda vez que eu não me sinto bem de saúde, eu consulto um médico.					
6. Eu posso controlar minha saúde.					

	Totalmente de acordo	Concordo em parte	Indeciso	Discordo em parte	Discordo totalmente
7. Se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.					
8. Quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado.					
9. A sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença.					
10. Quem controla a minha saúde são os médicos.					
11. Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.					
12. A principal coisa que afeta a minha saúde é o que eu mesmo faço.					
13. Se eu me cuidar bem, posso evitar doenças.					
14. Quando eu sarar de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim (o médico, a esposa, a enfermeira, os amigos, a família etc).					

	Totalmente de acordo	Concordo em parte	Indeciso	Discordo em parte	Discordo totalmente
15. Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.					
16. Se for meu destino, eu terei saúde.					
17. Se eu fizer as coisas certas, eu posso me manter saudável.					
18. Para ter saúde, eu só tenho que obedecer ao meu médico.					

Para a obtenção dos escores finais, os valores dos itens referentes a cada sub-escala são somados da seguinte forma, segundo Dela Coleta JA, Dela Coleta MF (1996):

Escala IHLC: somar os itens 1, 6, 8, 12, 13 e 17;

Escala PHLC: somar os itens 3, 5, 7, 10, 14 e 18;

Escala CHLC: somar os itens 2, 4, 9, 11, 15 e 16.

ANEXO B

São Paulo, 22 de novembro de 2002.

Prezada colega,

Sou aluna do Curso de Pós-Graduação, nível Doutorado em Enfermagem, da Universidade de São Paulo, e estou realizando uma pesquisa, sob orientação da Prof. Diná Monteiro da Cruz, com o objetivo de construir e validar uma escala de *sentimento de impotência* que os pacientes podem experimentar. *Sentimento de impotência* é definido como “percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou acontecimento imediato” (NANDA, 2002).

Assim, estou solicitando a um grupo de 06 enfermeiras *experts*, que analisem os itens por mim construídos, a fim de verificar se eles são pertinentes ao *sentimento de impotência*.

A construção dos itens fundamentou-se em um modelo de impotência (White & Roberts, 1993) que concebe como manifestação de perda de controle em quatro áreas: perda do controle decisório, perda do controle ambiental, perda do controle cognitivo e perda do controle fisiológico.

Gostaria então de solicitar a sua colaboração, no sentido de apontar, no instrumento anexo, se o item refere-se à expressão de impotência e a qual área de perda de controle o item é mais pertinente.

Se for necessário fazer sugestões para melhorar o item favor justificar e apontar a sugestão.

Após a análise, peço que devolva o material para o endereço eletrônico de origem.

Estou anexando também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a sua participação nesta etapa do projeto. Solicito que o mesmo seja copiado e preenchido, sendo enviado do seu endereço eletrônico para o meu, como parte do corpo de uma mensagem (e não como documento anexo).

Reconheço que essa tarefa lhe tomará bastante tempo, razão pela qual agradeço profundamente a sua colaboração.

Atenciosamente,

Cristiane Giffoni Braga

ANEXO C

Esse material é parte de uma pesquisa sobre o *sentimento de impotência* que os pacientes podem experimentar. *Sentimento de impotência* é definido como “percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou acontecimento imediato” (NANDA, 2002).

No arquivo seguinte (**Itens pertinentes ao *Sentimento de Impotência***) apresenta-se um quadro com várias afirmações que podem ser expressões referentes ao *sentimento de impotência*, isto é, de presença ou de ausência de impotência.

Solicitamos a sua colaboração para julgar cada frase do quadro quanto a:

- referir-se a expressão de impotência
- a que tipo de perda de controle ele se refere.

Para indicar o seu julgamento use as colunas apropriadas no quadro e os seguintes códigos:

A frase refere-se a expressão de impotência?	
1	Sim, a frase refere-se à impotência
0	Indeciso, não estou certo(a) se sim ou não.
-1	Não, a frase não se refere a impotência

À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?	
A	PERDA DO CONTROLE DECISÓRIO (quando a pessoa percebe que não tem mais o poder para tomar decisões sobre si e seu cuidado) <i>“he feels others are making all the decision for him”</i>
B	PERDA DO CONTROLE AMBIENTAL (quando a pessoa percebe que não pode controlar um espaço físico que considera como seu território) <i>“he feels helpless to control the equipment or situation around him”</i>
<u>C</u>	PERDA DO CONTROLE COGNITIVO (quando a pessoa não consegue compreender as sensações físicas que experimenta (envolve interpretação/ sensação) <i>“his thoughts become frightening and he becomes anxious”</i>
D	PERDA DO CONTROLE FISIOLÓGICO (refere-se aos sintomas físicos que muitas vezes impõem limites que a pessoa não pode controlar) <i>“he can no long control his breathing problem”</i>
E	NENHUMA DAS ALTERNATIVAS (quando a frase não diz respeito a nenhuma das alternativas acima)

ANEXO C

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
1	Tenho medo dos cuidadores ficarem bravos e cansarem da minha dependência a todo momento.								
2	Eu não quero saber da minha doença e do que está acontecendo comigo.								
3	Tenho que aceitar as visitas frequentes dos médicos e da enfermagem no meu quarto, em horários diferentes.								
4	Sinto-me forte fisicamente para enfrentar as limitações que a doença me impõe.								
5	Sinto desconfortos que não sei o que significam.								
6	Não consigo evitar que as pessoas entrem sem avisar.								
7	Não sei se estou melhorando ou piorando.								
8	Eu não consigo evitar que o pessoal da enfermagem mexa em minha gaveta.								
9	Fico ansioso quando pedem minha opinião sobre meu tratamento.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
10	Eu não tenho acesso a informações sobre meu estado de saúde.								
11	Sinto-me confiante de que conseguirei enfrentar os problemas físicos.								
12	Tenho que obedecer às ordens médicas e de enfermagem quanto à disposição da mesa, cama e escadinha em meu quarto.								
13	Eu não me julgo capaz de opinar sobre meu tratamento.								
14	Não gosto de ficar sozinho na sala de exame.								
15	Não me sinto capaz de sustentar as minhas decisões.								
16	Sinto-me incapaz de lidar com as dificuldades que a situação me traz.								
17	Sinto-me sendo fiscalizado o tempo todo.								
18	Não tenho interesse em participar das decisões sobre o meu tratamento.								
19	Eu não consigo me adaptar à rotina hospitalar.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
20	Tenho medo de os cuidadores me abandonarem se eu resolver dizer o que prefiro.								
21	Sinto que não produzo tudo o que a maioria das pessoas com o mesmo problema que o meu conseguem.								
22	Eu gostaria que a equipe médica e a de enfermagem fossem mais honestos comigo.								
23	Tenho medo de não controlar meu organismo perto das pessoas.								
24	Eu gosto de tomar decisões sobre minha situação de saúde e tratamento.								
25	A doença põe limites que não consigo controlar.								
26	Estou certo de que há um significado positivo para as limitações que a doença me traz.								
27	Não consigo ficar nem um pouco à vontade aqui porque não consigo saber em que posso mexer.								
28	Quando eu penso em tomar uma decisão sobre minha saúde logo me dá sensação de medo de os cuidadores acharem que eu não quero mais receber os seus cuidados.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
29	Não sei o que esperar do tratamento.								
30	Não existe nada a fazer para impedir que os profissionais de saúde invadam meu espaço.								
31	Quando as pessoas entram no meu quarto, não me vêem como uma pessoa e sim como uma coisa, um a mais.								
32	Quando eu quero privacidade, tenho que me cobrir com um lençol até o rosto.								
33	O ambiente em que estou é totalmente impessoal para mim.								
34	Sinto-me incapaz de satisfazer minhas necessidades básicas (comer, beber, dormir).								
35	Tenho objetivos e planos para a minha vida.								
36	Não me sinto em condições de realizar meu objetivo.								
37	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.								
38	Gostaria que a enfermagem me informasse previamente da minha programação diária.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
39	Eu desisto facilmente das coisas que estou fazendo para satisfazer as pessoas que cuidam de mim.								
40	Estou satisfeito com as informações que tenho sobre meu tratamento.								
41	As limitações da doença/tratamento me permitem momentos de reflexão.								
42	É difícil para mim perceber quando tenho pequenas melhoras.								
43	Não consigo evitar que mexam nas minhas coisas.								
44	Estou satisfeito com o quanto consigo participar das decisões sobre minha saúde.								
45	Tenho medo de falar para não mexerem em meus pertences e com isso, ser mal tratado e esquecido pela equipe médica e de enfermagem.								
46	Não posso fazer o que eu quero.								
47	Sinto-me com pouca energia.								
48	Fico infeliz por não saber a programação diária da enfermagem para mim.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
49	Eu não consigo decidir mais sobre o meu tratamento.								
50	Tenho humor inconstante diante das situações que estou vivenciando.								
51	Sinto-me infeliz por não participar das decisões sobre meu tratamento.								
52	Sinto minhas forças irem embora a cada dia que passa.								
53	Tenho que me acostumar com o barulho.								
54	Eu não tenho chance de decidir o que penso ser melhor para mim.								
55	Sinto disposição para reagir quando as coisas não me agradam.								
56	Eu me sinto deprimido por a doença me impedir de fazer o que fazia antes.								
57	Fico satisfeito com as informações diárias sobre meus exames.								
58	Em uma situação estressante, eu sempre sigo as decisões dos outros.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
59	Estou satisfeito com o que sei do meu tratamento.								
60	Não há nada mais aborrecedor do que uma mudança inesperada nos planos.								
61	Sei que posso contar com ajuda para realizar aquilo que não consigo fazer sozinho.								
62	Estou satisfeito com o que sei da minha doença e sintomas.								
63	Minhas condições me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.								
64	Não sei se no futuro conseguirei controlar minha saúde.								
65	Não gosto que retirem minhas coisas do lugar onde as coloquei.								
66	Não me sinto capaz de controlar a situação em que me encontro.								
67	Eu penso que a equipe de enfermagem e a médica sabem o que é melhor para mim.								
68	Não sei o que posso ou não fazer.								
69	Eu não espero nada da vida.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
70	Sinto que tenho um bom controle da minha situação.								
71	Sinto-me infeliz quando mudam minhas coisas de lugar sem eu pedir.								
72	Estou satisfeito com o que sei do meu problema.								
73	Eu costumo ter a sensação de que não há nada que eu possa decidir.								
74	Sinto-me preso em meu quarto.								
75	Tenho que me submeter às rotinas e normas do hospital para ser bem atendido.								
76	Não me importo de dividir o meu quarto com outra pessoa.								
77	Eu me sinto seguro sobre o que deve ser feito ante ao meu problema de saúde.								
78	Eu não me sinto livre para decidir sobre minha recuperação.								
79	Eu sinto que não há nada que eu possa fazer direito.								
80	Quando eu penso em minha situação de saúde, sinto-me deprimido.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
81	Não posso decidir se as janelas ficam abertas.								
82	Sinto-me infeliz por não conseguir decidir sozinho sobre o meu cuidado.								
83	Quando eu penso nos problemas de saúde que tenho, eu não me vejo com forças para recuperar a saúde.								
84	Eu não consigo contribuir nas decisões sobre minha saúde.								
85	Eu não me sinto capaz de decidir sobre meus cuidados.								
86	Eu sou capaz de decidir tão bem quanto a maioria das outras pessoas.								
87	Eu não faço planos para o futuro.								
88	Sinto falta de a equipe médica me relatar o que ocorre comigo.								
89	Quando eu quero uma coisa eu consigo.								
90	O tratamento põe limites que não consigo controlar.								
91	Fico triste ao pensar que preciso freqüentemente de alguém para ajuda.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
92	Sinto-me seguro para expressar o que penso sobre meu tratamento								
93	Eu não consigo fazer ficar um pouco agradável o lugar em que estou.								
94	Sinto-me infeliz ao ver que foi retirado algo do meu quarto sem me pedir.								
95	Estou satisfeito com o controle que tenho sobre os problemas físicos que a doença me traz.								
96	Estou satisfeito com o controle que tenho sobre meu corpo.								
97	Eu não tenho segurança de ficar no hospital sozinha.								
98	Não falta mais nada para acontecer comigo.								
99	Sinto-me tranquilo para expressar o que penso sobre minha doença.								
100	Meu corpo não obedece mais ao meu comando.								
101	Minhas decisões são sempre assertivas em relação ao meu tratamento.								
102	Eu me sinto sem escolha sobre meus pertences.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
103	Apesar do meu esforço para me recuperar, não vejo progresso no meu estado.								
104	Tenho vontade de participar das decisões do meu tratamento.								
105	Quem decide sobre a minha saúde sou eu.								
106	A rotina do hospital me deixa triste.								
107	Não posso falar contra, tenho que aceitar as ordens dos cuidadores.								
108	Sinto que não consigo fazer coisas que outras pessoas fariam na minha condição.								
109	Sinto que as minhas decisões não tem valor para a equipe médica e de enfermagem.								
110	Estou seguro sobre o que posso apresentar por causa da situação de saúde.								
111	Não gosto quando entram em meu quarto sem pedir licença.								
112	Se eu ficar doente, a minha recuperação rápida vai depender do meu comportamento.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
113	Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo								
114	Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico.								
115	Muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso.								
116	Toda vez que eu não me sinto bem de saúde, eu consulto um médico.								
117	Eu posso controlar minha saúde.								
118	Se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.								
119	Quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado.								
120	A sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença.								
121	Quem controla a minha saúde são os médicos.								
122	Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.								
123	A principal coisa que afeta a minha saúde é o que eu mesmo faço.								

Nº	Itens	A frase refere-se a expressão de impotência?			À qual área de perda de controle a frase é mais pertinente?				
		+1	0	-1	A	B	C	D	E
124	Se eu me cuidar bem, posso evitar doenças.								
125	Quando eu sarar de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim (o médico, a esposa, a enfermeira, os amigos, a família etc).								
126	Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.								
127	Se for meu destino, eu terei saúde.								
128	Se eu fizer as coisas certas, eu posso me manter saudável.								
129	Para ter saúde, eu só tenho que obedecer ao meu médico.								

ANEXO D

Itajubá, 14 de maio de 2003.

Prezada Colega,

Dando continuidade ao estudo para desenvolver instrumento para avaliar o *sentimento de impotência*, solicitamos, mais uma vez, sua valiosa colaboração.

Na primeira avaliação dos especialistas, cada item proposto para o instrumento foi julgado quanto a sua pertinência ao conceito e às dimensões de impotência. A interpretação dos resultados dessa primeira avaliação fundamentou a eliminação de 75 itens, de forma que dos 129 iniciais restaram 54 itens para as etapas subseqüentes.

A etapa atual, a última em que solicitaremos disponibilizar parte do seu tempo, tem a finalidade de estimar se a formulação de cada um dos 54 itens atende a critérios de adequação estabelecidos por Pasquali (1998).

Solicitamos a sua colaboração para avaliar cada item quanto a congruência com 5 critérios de adequação. Para emitir seu julgamento, solicitamos considerar cada um dos cinco critérios para cada um dos 54 itens, indicando **+1** se o critério é atendido pelo item, **0** (zero) se houver indecisão quanto ao atendimento do critério e **-1** se o critério definitivamente não é atendido pelo item.

Segue, neste documento, um quadro com as **definições dos 5 critérios**. Em **arquivo complementar** há uma tabela para você indicar o seu julgamento (+1, 0 , ou - 1) sobre cada item frente a cada critério.

DEFINIÇÕES DOS CRITÉRIOS DE ADEQUAÇÃO DOS ITENS

Critérios	DEFINIÇÕES
COMPORTAMENTAL	O item expressa um comportamento, permitindo à pessoa considerar uma ação precisa.
SIMPLICIDADE	O item expressa uma única idéia.
CLAREZA	O item é inteligível para os pacientes adultos de serviços públicos de saúde, com problemas médico-cirúrgicos.
RELEVÂNCIA	O item tem conteúdo que se refere a impotência (observe que o que importa é a pertinência ao conceito de impotência e não importa se ele é favorável ou desfavorável à sua presença).
CREDIBILIDADE	O item não está formulado de forma ridícula, despropositada ou infantil.

Para eventual consulta, “*sentimento de impotência*” é definido como “percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou acontecimento imediato” (NANDA, 2002).

Se for necessário fazer sugestões para melhorar o item favor justificar e apontar sugestões.

Após a análise, peço que devolva o material para o endereço eletrônico de origem.

Solicito que o mesmo seja copiado e preenchido, sendo enviado do seu endereço eletrônico para o meu, como parte do corpo de uma mensagem.

Se você puder fazer mais essa contribuição, solicito que, após indicar na tabela de respostas o seu julgamento para cada item, você devolva o arquivo para o meu endereço eletrônico. Se, por qualquer razão, você preferir receber este material por correio, me informe seu endereço postal, incluindo o CEP. Nesse caso enviarei também envelope selado para o retorno das respostas.

Caso você não possa responder até o dia 30 de maio, por favor me informe.

Reconheço que essa tarefa lhe tomará tempo, razão pela qual sinceramente agradeço a sua colaboração mais uma vez.

Um abraço,

Cristiane Giffoni Braga

Diná de Almeida L. M. da Cruz

Obs: **Referência Bibliográfica:**

Fonte: Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiqu Clin [periódico online] 1998; 25(5) Edição especial: 206-23. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255ahtm> > (04 jul. 2003).

ANEXO E

ORIENTAÇÕES PARA O RESPONDENTE:

No quadro abaixo você encontra um série de afirmativas referentes ao modo como um paciente sente quando precisa ser internado. Leia cada afirmativa atentamente, e, em seguida, gostaria que você dissesse o que cada uma delas quer dizer para você.

Por favor, não deixe de se expressar em nenhuma alternativa. Agradecemos sua colaboração!

Nº	AFIRMATIVAS
1	Aceito as visitas freqüentes dos profissionais de saúde.
1	(Reprodução do item com as próprias palavras do paciente) EXPRESSÃO DO PACIENTE:
2	Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.
2	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
3	Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer em minhas coisas.
3	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
4	Tenho que obedecer as normas do hospital quanto à disposição dos móveis e objetos em meu quarto.
4	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
5	Sinto-me incapaz de opinar sobre meu tratamento.
5	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
6	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.
6	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
7	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.
7	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
8	Sinto-me sem condições de alcançar o meu objetivo.
8	EXPRESSÃO DO PACIENTE:

Nº	AFIRMATIVAS
9	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.
9	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
10	Não dou minha opinião sobre meu tratamento porque os profissionais de saúde podem cuidar mal de mim.
10	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
11	Sinto que não me deixam fazer o que quero.
11	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
12	Sinto que não tenho energia para participar no meu próprio cuidado.
12	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
13	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.
13	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
14	Sinto que nada que eu fizer pode mudar a minha situação de saúde.
14	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
15	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.
15	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
16	Sinto-me sem condições para contribuir nas decisões sobre minha saúde.
16	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
17	Sinto-me incapaz de decidir sobre meus cuidados.
17	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
18	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.
18	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
19	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.
19	EXPRESSÃO DO PACIENTE:

Nº	AFIRMATIVAS
20	Sinto que não posso controlar o que deve ficar ou não no meu quarto.
20	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
21	Meu corpo não obedece mais meu comando.
21	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
22	Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.
22	EXPRESSÃO DO PACIENTE:
23	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.
23	EXPRESSÃO DO PACIENTE:

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tema da Pesquisa: Construção e validação de um instrumento para avaliação do *sentimento de impotência*.

Pesquisador responsável: Cristiane Giffoni Braga

Orientadora: Prof. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz.

Prezado paciente,

Sou aluna do Curso de Pós-Graduação, nível Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e estou realizando uma pesquisa sobre o que os pacientes sentem quando precisam ser internados em clínicas médico-cirúrgicas. Gostaria de mostrar a você, a seguir, algumas frases e que você me dissesse o que elas querem dizer para você. Isso será feito junto com mais dois ou três pacientes.

Sua participação não é obrigatória. Trata-se de uma colaboração estritamente voluntária, importantíssima para o avanço da minha pesquisa, visando a qualidade da assistência de enfermagem.

Sua identidade será preservada, assim como as informações que fornecerá para fins deste estudo serão tratadas de forma anônima e sigilosa e não haverá nenhuma compensação financeira por essa participação.

Autorização do paciente:

OBS: Paciente nº _____

Internado no Hospital: _____

Data: _____

Clínica médica ()

Clínica cirúrgica ()

ANEXO F
Procedimentos Empíricos (utilizado no teste-reteste)

Nº : _____

Data: _____

Hospital: _____

INSTRUÇÕES PARA O RESPONDENTE:

A seguir encontra-se uma série de afirmativas referentes ao modo como um paciente se sente quando está internado em clínicas médico-cirúrgicas. Leia cada afirmativa atentamente, e, em seguida, **marque um X no espaço correspondente a cada uma delas**, se você **nunca** sente ou se percebe dessa forma, **raramente** sente ou se percebe dessa forma, **às vezes** sente ou se percebe dessa forma, **freqüentemente** sente ou se percebe dessa forma, **sempre** sente ou se percebe dessa forma. É a sua opinião que nos interessa. Por favor, **assinale todas as afirmativas**. Agradecemos sua colaboração!

Nº	AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1	Aceito as visitas freqüentes dos médicos e da enfermagem, mesmo quando não quero.					
2	Tenho dificuldade para pedir para as pessoas baterem à porta antes de entrar no meu quarto.					
3	Tenho dificuldade em pedir ao pessoal da enfermagem para não mexer em minhas coisas.					
4	Sinto-me capaz de opinar sobre meu tratamento.					
5	Não sei lidar com as dificuldades que a situação de saúde me traz.					
6	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.					

Nº	AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
7	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.					
8	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.					
9	Não dou minha opinião sobre meu tratamento porque os médicos e a enfermagem podem cuidar mal de mim.					
10	Sinto que ninguém se importa com o que eu gostaria de fazer.					
11	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.					
12	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.					
13	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.					
14	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.					
15	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.					
16	Sinto-me capaz de cuidar de mim.					
17	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.					
18	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.					
19	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.					
20	Tenho que aceitar as ordens dos meus cuidadores.					
21	Sinto que as minhas opiniões não têm valor para a equipe médica.					
22	Se eu ficar doente, a minha recuperação rápida vai depender do meu comportamento.					
23	Não importa o que eu faça, se for para eu ficar doente, eu fico mesmo.					

Nº	AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
24	Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico.					
25	Muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso.					
26	Toda vez que eu não me sinto bem de saúde, eu consulto um médico.					
27	Eu posso controlar minha saúde.					
28	Se eu estou doente ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.					
29	Quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado.					
30	A sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença.					
31	Quem controla a minha saúde são os médicos.					
32	Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.					
33	A principal coisa que afeta a minha saúde é o que eu mesmo faço.					
34	Se eu me cuidar bem, posso evitar doenças.					
35	Quando eu saro de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim (o médico, a esposa, a enfermeira, os amigos, a família etc).					
36	Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.					
37	Se for meu destino, eu terei saúde.					
38	Se eu fizer as coisas certas, eu posso me manter saudável.					
39	Para ter saúde, eu só tenho que obedecer ao meu médico.					

1-----2-----3-----4-----5
 muito bastante pouco quase nada nada

II- Dados clínicos:

10. Diagnóstico médico principal (motivo da internação):

11. Diagnóstico médico secundário:

12. Tratamento submetido:

- a) ☐ clínico
- b) ☐ cirúrgico
- c) ☐ clínico e cirúrgico

13. Tempo de internação na coleta dos dados: _____

14. Experiências anteriores com internações hospitalares:

- a) Sim ☐
- b) Não ☐

Especifique:

Data: _____

Hospital: _____

ANEXO H

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Procedimentos Empíricos (Utilizado no teste-reteste - 2º momento)

Nº: _____ Data: _____ Hospital: _____

1) Aconteceu algo de importante com o (a) senhor (a) desde a aplicação do primeiro instrumento até hoje?

a) Sim () b) Não ()

Especifique:

ANEXO I

Texto explicativo sobre a idéia de controle sobre as situações

CONTROLE

Cada pessoa no seu dia a dia tende a manter o controle sobre os acontecimentos em sua vida.

Esse controle é um sentimento de **poder** da pessoa sobre o meio que ela vive e uma situação. Uma pessoa com controle significa que é capaz de **dirigir, regular e dominar uma situação**.

Para melhor entendimento, leia esse exemplo:

EX: EXAME DE MOTORISTA

A situação exige segurança e confiança do candidato para que possa controlar o carro, o seu medo, seu nervosismo; ou seja, a situação diante do examinador.

O candidato que se vê em condições de poder desenvolver a habilidade de controlar o carro, o seu medo, nervosismo para conseguir sua carta de motorista, sente-se com algum controle sobre a situação. Assim, “ter controle” numa situação é acreditar que o que fazemos poderá modificá-la.

Por outro lado, se o candidato acha que não conseguirá controlar o carro, o seu medo ou nervosismo, se sentirá sem controle da situação. Ficará sem opções para lutar, pois o que poderá fazer não mudará o resultado. Percebe-se então como não tendo o controle da situação.

Portanto, com este rápido e simples exemplo, pode-se entender que **controle é um sentimento de poder, de dirigir uma situação, de que se pode fazer algo que mude os resultados**.

A percepção de não ter controle sobre um evento é uma condição que pode afetar todas as pessoas através da vida, em várias situações.

ANEXO J

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tema da pesquisa: Construção e validação de um instrumento para avaliação do *sentimento de impotência*.

Pesquisador responsável: Cristiane Giffoni Braga

Orientadora: Prof. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Eu, _____, recebi uma descrição oral da pesquisa, incluindo seu propósito e procedimentos. Fui informado de que a minha participação é expressar minha opinião nas afirmativas do instrumento que será orientado pela pesquisadora. Essa atividade ocorrerá em dois momentos, com intervalo de uma semana.

Estou ciente de que as informações que fornecerei para fins deste estudo serão tratadas de forma anônima e sigilosa, que nenhuma compensação será oferecida por essa participação e de que a minha assinatura, por livre e espontânea vontade, neste termo expressa minha concordância em participar do estudo. Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer momento que eu julgar necessário, o sigilo da minha identidade e de conhecer os resultados obtidos.

Assinatura do participante _____

Local, data e RG _____

Assinatura do pesquisador _____

Local, data e RG _____

ANEXO K

INSTRUMENTO DE MEDIDA DO *SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA* PARA PACIENTES ADULTOS

Nome: _____ Sexo: ____ Idade: ____ Data: _____

INSTRUÇÕES:

A seguir encontra-se uma série de afirmativas referentes ao modo como uma pessoa pode se sentir quando está internada. Leia cada afirmativa atentamente e responda com que frequência você também se sente assim. Marque com um **X** um dos espaços que corresponde à frequência do sentimento, que pode ser:

- **nunca**
- **raramente**
- **às vezes**
- **freqüentemente**
- **sempre**

Por favor, **assinale todas as afirmativas**, pois sua opinião é muito importante.

Nº	AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüenteme	Sempre
1	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.					
2	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.					
3	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.					
4	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.					
5	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.					
6	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.					
7	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.					
8	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas					

Nº	AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
	decisões sobre minha saúde.					
9	Sinto-me capaz de cuidar de mim.					
10	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.					
11	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.					
12	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.					

Chave de pontuação

De acordo com as respostas obtidas pontue conforme indicado:

Nº	AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	5	4	3	2	1
2	Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	5	4	3	2	1
3	Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	1	2	3	4	5
4	Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	5	4	3	2	1
5	Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.	1	2	3	4	5
6	Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.	1	2	3	4	5
7	Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.	1	2	3	4	5
8	Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	5	4	3	2	1
9	Sinto-me capaz de cuidar de mim.	5	4	3	2	1
10	Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	1	2	3	4	5
11	Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	1	2	3	4	5
12	Meu corpo ainda obedece ao meu comando.	1	2	3	4	5

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler N. Self-esteem. In: MacArthur JD, MacArthur CT. Psychosocial notebook. [online]. [San Francisco, CA]: UCFS; 2000. Available from:

<[http://www.macses.ucsf.edu/ Research/ Psychosocial/ notebook/ self-esteem.html](http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/self-esteem.html)>

(14 jul. 2003).

Arakelian M. An assessment and nursing application of the concept of locus of control. In: Advanced Nursing Science. Nursing theories and models. Aspen: Aspen Systems; 1980. p.25-42.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.

Barry PD. Psychosocial nursing: care of physically ill patients & their families. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1996. Chap.09, p.171-2.

Bastos AVB. Locus de controle no contexto organizacional. Rev Psicol 1991; 9/10(1/2):3-22.

Benjamim D. Powerlessness in chronic illness. Prairie Rose 1996; 65(4):9 a -10 a.

Biazin DT. Locus de controle e desempenho no auto cateterismo: estudo em paciente paraplégico. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1987.

Boeing MH, Mongera CO. Powerlessness in critical care patients. Dimens Crit Care Nurs 1989; 8(5): 274-9.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

Braga CG. As manifestações emocionais dos pacientes de clínica médica- cirúrgica e a enfermagem: expressão de comunicação? In: Programa do 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1997; Belo Horizonte (MG). Belo Horizonte: ABEn - Seção MG; 1997.p.74.

Braga CG. A resposta psicossocial de impotência e o “locus de controle” de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization. 4th ed. Philadelphia: WB.Saunders Company; 2001. Chap. 11, p.284.

Bush JP. Job satisfaction, powerlessness, and locus of control. West J Nurs Res 1988; 10(6):718-31.

Caffrey RA, Caffrey PA. Nursing: caring or codependent? Nurs Forum 1994; 29(1): 12-7.

Carandina DM. Qualidade de vida no trabalho: construção e validação de um instrumento de medida para enfermeiras. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Carpenito LJ. Powerlessness: nursing diagnosis: application to clinical practice. 6th ed. Philadelphia: JB. Lippincott; 1995. p. 691-9.

Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermagem. 6^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Chemana R, organizador. Dicionário de psicanálise Larousse. Trad. De Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Clark J, Craft-Rosenberg M, Delaney C. An international methodology to describe clinical nursing phenomena: a team approach. Int J Nurs Stud 2000; 37(6): 541-53.

Cordeiro ALAO, Santos JMC, Moraes MCB, Aguiar MP. Apoio psicológico ao paciente - uma prioridade da assistência de enfermagem. Rev Baiana Enferm 1986; 2(1): 119-35.

Cunha AG. Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa. 2^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

Dalgard OS, Bjork S, Tambs K. Social support, negative life events and mental health. Br J Psychiatry 1995; 166(1): 29-34.

Damorin MA. Locus de controle, atitudes acerca da segurança e explicações para os acidentes no trabalho. Rev Psicol 1889-90; 7/8(1/2):17-34.

Dela Coleta JA. Atribuição de causalidade: teoria e pesquisa. Rio de Janeiro: FGV; 1982. Locus de Controle: uma variável no processo de aprendizagem social de Julian Rotter e um construto na atribuição de causalidade; cap.8, p.89-97.

Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. Escalas para medidas de atitudes e outras variáveis psicossociais. Ribeirão Preto: EERP/USP; 1996. p.28.

Dela Coleta MF. Locus de controle e satisfação conjugal. Psicol Teoria Pesq 1992; 8(2):234-52.

Dela Coleta MF. O Modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular. [tese]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia da UnB; 1995.

Dela Coleta MF. Locus de controle e saúde. In: Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde. Cabral Editora e Livraria Universitária: Taubaté: 2004. Cap. VI, p.199-238.

Dennis KE. Dimensions of client control. Nurs Res 1987; 36(3): 151-6.

Doenges ME, Moorhouse MF. Diagnóstico e intervenção em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Drew BL. Differentiation of hopelessness, helplessness, and powerlessness using Erik Erikson's "Roots of Virtue". Arch Psychiatr Nurs 1990; 4(5): 332-7.

Efraimsson E, Rasmussen BH, Gilje F, Sandman PO. Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. J Clin Nurs 2003; 12(5): 707-16.

Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung 1987; 16(6 pt1): 625-9.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

Ferreira NMLA, Hisamitsu C. O enfermeiro frente às manifestações emocionais do paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm 1993; 6(1/4): 16-23.

Gonçalves MMC. Enfermagem e segurança emocional do paciente. Enferm Novas Dimens 1979; 5(1): 31-6.

Gordon M. Manual of nursing diagnosis: 1997-1998. St. Louis: Mosby: 1997.

Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994.

Gordon M, Sweeney M.A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. *Adv Nurs Sci* 1979; 2(1): 1-15.

Hallal JC. The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nurs Res* 1982; 31(3): 137-42.

Hawks HJ. Power: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1991; 16(6):754-62.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Kamiyama Y. O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1972.

Kedy CS. Clinical application of the nursing diagnosis: powerlessness. In: Miller E. How to make nursing diagnosis work-administrative and clinical strategies. California: Appleton & Lange; 1989. Chap.14. p. 309-32.

Kliewer W, Sandler In:. Locus of control and self-esteem as moderators of stressor-symptom relations in children and adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1992; 20(4):393-413.

Kline P. An easy guide to factor analysis. London: Routledge; 2000.

Koizumi MS, Cianciarullo TI. Assistência de enfermagem e cuidados de enfermagem. *Enferm Novas Dimens* 1978; 4(1): 40-3.

Kyes J, Hofling CK. Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985. cap. 9, p.138-47.

Kylmä J, Julkunen-Vehviläinen K, Lähdevirta J. Dynamically Fluctuating hope, despair and hopelessness along the HIV/AIDS continuum as described by caregivers in voluntary organizations in Finland. *Issues Ment Health Nurs* 2001; 22(4): 353-77.

Kubsch S, Wichowski HC. Restoring power through nursing intervention. *Nurs Diagn* 1997; 8(1): 7-15.

La Rosa J. Locus de controle: uma escala de avaliação. *Psicol teoria pesq* 1991; 7(3):327-44.

Lambert VA, Lambert CE Jr. Role theory and the concept of powerlessness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1981; 19(9): 11-4.

Lang N, Clark J. Nursing's next advance: an international classification for nursing practice. *Int Nurs Rev*; 1992; 39(4): 109-11, 128.

Lefcourt HM. Locus of control. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1982.

LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

Lunney M. Critical thinking & nursing diagnosis: case studies & analyses. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association; 2001. p.313-26.

Lutjens LR. The nature and use of nursing diagnosis in hospitals. Nurs Diagn 1993; 4(3): 107-13.

Manzoli MC. Observação e anotação de aspectos psicológicos do paciente pelo enfermeiro: considerações. Enferm Novas Dimens 1978; 4(2): 77-85.

Maria VLR. Elaboração de diagnósticos de enfermagem do paciente coronariano em estado crítico. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.

Matos SS, Carvalho DV, Stefanelli MC. Necessidades humanas básicas: identificação da necessidade de educação continuada a partir da análise do conteúdo das anotações de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1988; 22(3): 299-307.

McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University; 1996. p.18.

McFarland GK, McFarlane EA. Powerlessness: nursing diagnosis & interventions: planning for patients care. St. Louis: Mosby; 1989. p.621-9.

Miller JF. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. 2nd ed.
Philadelphia: F.A. Davis; 1992a. Chap1. p.3-14.

Miller JF. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. 2nd ed.
Philadelphia: F.A. Davis; 1992b. Chap3. p.51-81.

Miller JF. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. Philadelphia. F.A Davis; 1983. p.149-61.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual operacional para Comitês de Ética em Pesquisa Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde: Brasília; 2002. p.39. (Série CNS- Cadernos Técnicos- Série A. Normas e Manuais Técnicos, 133).

Mishel MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. Nurs Res 1988; 37(2): 98-103.

Moch SD. Towards a personal control/uncontrol balance. J Adv Nurs 1988; 13(1): 119-23.

Munro BH. Statistical methods for health care research. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001. Chap.10, p.234-5.

Nóbrega MML, Garcia TR, organizadores. Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE. João Pessoa: CNRDE/GIDE; 1994. p.121-3.

North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnoses: definitions & classification: 1997-1998. Philadelphia; 1996.

North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnoses: definitions & classification: 1999-2000. Philadelphia; 1999.

North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnoses: definitions & classification: 2001-2002. Philadelphia; 2002.

North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnoses: definitions & classification: 2003-2004. Philadelphia; 2003.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

Nyström AE, Segesten KM. On sources of powerlessness in nursing home life. J Adv Nurs 1994; 19: 124-33.

Orem D. Nursing concepts of practice. 5th ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1995.

Orlando IJ. O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente. São Paulo: EPU; 1978.

Oxford English Dictionary The. 5th ed. Oxford: Oxford University; 1999. p.399.

Pasquali L. Psicometria: teoria e aplicações. Brasília: Editora UnB; 1997.

Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiqu Clin [periódico online] 1998; 25(5) Edição especial: 206-23. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255ahtm>> (04 jul. 2003).

Paula AAD, Stuchi RA, Carvalho EC. Validação de diagnósticos de enfermagem: contribuição de estudos nacionais. In: Anais do 4º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem; 1998 mai 10-13; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção PR; 1998. p. 40.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3 ed. São Paulo: Editora USP; 2001.

Peres EM. Aderência ao tratamento dialítico e dietético em pacientes portadores de insuficiência renal crônica. [dissertação]. Florianópolis (SC): Escola de Enfermagem da UFSC; 1989.

Pieron H. Dicionário de psicologia. Porto Alegre: Globo; 1969.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. Cap.9, p.207.

Raatikainen R. Power or the lack of it in nursing care. J Adv Nurs 1994; 19(3): 424-32.

Ravaja N, Jarvinen LK, Viikari J. Life changes, locus of control and metabolic syndrome precursors in adolescents and young adults: a three-year follow-up. Soc Sci Med 1996; 43(1):51-61.

Reid DW. Participatory control and the chronic-illness adjustment process. In: Lefcourt HM. Research with the locus of control construct: extensions and limitations. Orlando: Academic Press 1984. Chap.6, p.361-86.

Ribeiro MILC, Furegato ARF. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem. Rev Nurs 2003; 66(6): 19-24.

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

Rodriguez-Rosero JE. Locus de controle e avaliação dos riscos de saúde no lar: estudo comparativo entre mães e profissionais de enfermagem. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1999.

Rosenblum EH, Stone EJ, Skipper BE. Maternal compliance in immunization of preschoolers as related to health locus of control, health value, and perceived vulnerability. Nurs Res 1981; 30(6): 337-42.

Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol Monogr 1966; 80(1):1-21.

Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. J Cons Clin Psychol 1975; 43(1):56-67.

Roy Sr C. Decision-making by the physically ill and adaptation to illness. In: Ward MJ, Linderman CA (editors). Instruments for measuring nursing practice and other health care variables. Hyattsville, MD: U.S. Department of health education and welfare. 1977; vol 1:150-3.

Roy SR C. Health-illness (powerlessness) questionnaire. In: Ward MJ. Linderman CA (eds). Instruments for measuring nursing practice and other health care variables. Hyattsville, MD: U.S. Department of health education and welfare. 1977; vol 1:147-9.

Sá AC. O cuidado emocional em enfermagem. São Paulo: Robe; 2001; p.11.

Santo TJME. Segurança emocional como necessidade humana básica- atuação do enfermeiro junto ao cliente em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm 1985; 38(3/4): 231-7.

Schroeder PS, Miller JF. Qualitative study of locus of control in patients with peripheral vascular disease. In: Miller JF. Coping with chronic illness-overcoming powerlessness. Philadelphia: F.A. Davis; 1983. Chap.8. p.149-61.

Seeman T. Personal control. In: MacArthur JD, MacArthur CT. Psychosocial notebook. [on line]. [San Francisco, CA]: UCSF; 1999. Available from: <<http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/control.html> >(14 jul.2003).

Seligman MEP, Peterson C, Maier SF. Learned helplessness- a theory for the age of personal control. New York: Oxford University Press; 1975. Chap.1, p.8; p.114.

Silva MJP, Stefanelli MC, Meneghin P. Como os enfermeiros percebem a comunicação na interação enfermeiro-paciente. In: Anais do 2º SIBRACEn; 1990 mai 2-4; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: USP/EERP; 1990. p.374-90.

Silva SC, Kina C, Shiotsu CH. Sentimentos e reações relatados pelos pacientes ao presenciarem uma parada cardiorrespiratória. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1992 2(2 supl A): 3-6.

Souto CMRM. Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal. [dissertação]. João Pessoa (PB): Centro de Ciências da Saúde da UFPb; 1999.

Spector PE. Summated rating scale construction: an introduction. Newbury Park: Sage Publications, 1992. p.40.

Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales- a practical guide to their development and use. 2nd ed. New York: Oxford Press; 1995.

Tamayo A. Locus de control: diferencias por sexo y por edad. Acta Psiquiquiatr Psicol Am Lat. 1993; 39(4):301-8.

Travelbee J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Cali: Karwajal; 1979.

Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.

Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. Development of the multidimensional health locus of control scales. Health Educ Monogr 1978; 6(1): 160-70.

Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing research. 2nd ed. Philadelphia: Davis; 1991.

Warren HC. Diccionario de psicología. México: Fondo de Cultura Económica; 1948.

Wetherbee LL. Powerlessness and the hospice client. Home Healthc Nurse 1995; 13(5): 37-41.

White BS, Roberts SL. Powerlessness and the pulmonary alveolar edema patient. Dimens Crit Care Nurs 1993; 12(3):127-33.

WordWeb 2.1: the free thesaurus and dictionary for Windows [on line] [s.l]: [s.n.]; 2002. Available from: < <http://www.wordweb.info/free/> > (02 may. 2003).

Zanetti ML. Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

PSYCHOSOCIAL INSTRUMENTS

Title: *HEALTH-ILLNESS (POWERLESSNESS) QUESTIONNAIRE*

Author: Roy, Callista

Variable:

A patient's perception of powerlessness in illness is the variable. Powerlessness is defined as the expectancy or probability held by the individual that his (her) own behavior cannot determine the occurrence of the outcomes or reinforcements he (she) seeks (Seeman and Evans, 1962).

Description:

Nature and Content: This is a self administered, eight-item, forced-choice questionnaire. The items elicit a patient's perception of his (her) control over illness, physicians, nurses, and hospitals. Responses are selected from a four-choice Likert-type scale: I strongly agree, I agree, I disagree, and I strongly disagree.

Administration and Scoring: No special provisions are necessary for administration, and directions precede the first item.

The instrument is scored by assigning weights of 0, 1, 2, and 3 to responses. A patient's score is the sum of the individual responses and may range from 0 to 24; the higher the total score, the higher the patient's perception of powerlessness.

Development:

Rationale: The instrument is based upon Seeman's concept of powerlessness (Seeman and Evans, 1962).

Source of Items: The items were based upon a review of the literature, other available research instruments, and the author's professional experience.

Procedure for Development: The author began with Seeman and Evans's (1962) Powerlessness Scale, Grubb's (1968) Powerlessness Among Mothers of Chronically-Ill Children Scale, and Boire's (1976) Powerlessness Scale. She revised some items from these scales and added others to develop a 12-item instrument. Items were selected that the author felt would express a high or low expectancy on the part of the patient that his (her) own input would make a difference in relation to control

emanating from other sources. Following a pretest, the six most discriminating items were retained and two items added which resulted in the present instrument.

Reliability and Validity: The original 12-item instrument was administered in a pretest to 46 adult medical-surgical patients. Using the Spearman-Brown split-half reliability formula, a reliability coefficient of 0.47 was obtained. Reliability of the revised instrument has not been determined.

Content validity was established by the steps followed in the development of the instrument.

Use in Research:

This instrument was developed by the author and is being used in conjunction with a Hospitalized Patient Decision-Making instrument, Zuckerman's Affect Adjective Checklist, a distress rating scale, and other research instruments to collect data for her dissertation.

Comments:

The instrument appears to have potential to measure what it purports to measure. A thorough assessment of the instrument will have to await the author's conclusion of her study.

Data elicited by this instrument and the author's Hospitalized Patient Decision-Making instrument may show that these two instruments measure variables more similar than dissimilar. Conceptually, the variable of this instrument is very similar to the concept of internal-external locus of control.

References:

- Boire, Marie I. *A study of the relationship between trait-powerlessness and situational powerlessness in the hospitalized patient*. Unpublished master's thesis, University of California, Los Angeles, 1976.
- Grubbs, Judy E. *Powerlessness among mothers of chronically-ill children*. Unpublished master's thesis, University of California, Los Angeles, 1968.
- Roy, Sr. Callista. *Decision-making by the physically ill and adaptation to illness*. Dissertation proposal, University of California, Los Angeles, 1976.
- Seeman, Melvin, and Evans, John. Alienation and learning in a hospital setting. *American Sociological Review*, 1962, 27, 772-283.

Source of Information:

Sr. Callista Roy, R.N., M.S.
2957 Brighton Avenue
Los Angeles, Calif. 90018

Instrument Copyright: None.

Roy, Callista

HEALTH ILLNESS (POWERLESSNESS) QUESTIONNAIRE

Below are some comments about health, illness and the hospital
I am interested in knowing how you feel about these statements.
There are no right or wrong answers. Please check the response
that most nearly agrees with how you feel. Check only one answer
in each set.

For example: The sun will rise tomorrow.

___X___ I strongly agree
 _____ I agree
 _____ I disagree
 _____ I strongly disagree

1. Getting well in the hospital is a matter of the efforts of all of us; luck has little or nothing to do with it.

_____ I strongly agree
 _____ I agree
 _____ I disagree
 _____ I strongly disagree

2. It doesn't seem to matter what I say to the doctors and nurses, they go about their business in their own way.

☐ I strongly agree
☐ I agree
☐ I disagree
☐ I strongly disagree

3. I don't feel there is anything I can do to better my condition.

_____ I strongly agree
 _____ I agree
 _____ I disagree
 _____ I strongly disagree

4. In the hospital I can be pretty sure that the nurses will listen to me instead of acting just out of routine.

- ☐ I strongly agree
- ☐ I agree
- ☐ I disagree
- ☐ I strongly disagree

5. Getting well depends a lot on what I do.

- ☐ I strongly agree
- ☐ I agree
- ☐ I disagree
- ☐ I strongly disagree

6. Getting released from the hospital depend on how lucky you are.

- ☐ I strongly agree
- ☐ I agree
- ☐ I disagree
- ☐ I strongly disagree

7. I really don't expect to have much control over what happens to me in the hospital.

- ☐ I strongly agree
- ☐ I agree
- ☐ I disagree
- ☐ I strongly disagree

8. I now feel that I can do a great deal to keep myself well in the future.

- ☐ I strongly agree
- ☐ I agree
- ☐ I disagree
- ☐ I strongly disagree

APÊNDICE 2

PSYCHOSOCIAL INSTRUMENTS

Title: *HOSPITALIZED PATIENT DECISION-MAKING*

Author: *Roy, Callista*

Variables:

A patient's perceptions of the decisions he (she) makes while in a hospital is one variable assessed; the second variable is the decisions the patient would prefer to make in the hospital.

Description:

Nature and Content: this is a self-administered, forced-choice, 15-item instrument. Each item is made up of two statements, and the respondent checks each statement in the space provided under a column headed "As it is" or "As I prefer."

Administration and Scoring: the instrument is self-administered; the author has noted that older patient's and some patients of lower socioeconomic background need help in interpreting the directions.

The instrument is scored by giving a score of 1 point for each time the choice involved the patient's making a decision or receiving information. A score of 0 is given for marking the other alternative, hence, high scores equal perceptions of a high degree of decision-making power.

The preference items are scored similarly. Low scores and high scores are determined by breaking at the median score (Roy, 1976).

Development:

Rationale: the instrument was based upon Glaser and Straus's (1967) grounded theory approach to the study of behavior.

Source of Items: the items were based upon a review of the literature, the professional experience of the author, and controlled clinical observations by the author.

Procedure for Development: based upon her review of the literature, her professional experience, and the controlled clinical observations, the author developed 25 forced-choice items which related to specific decisions patients could make in relation to their daily care, the hospital environment, their treatment, and a general category of information about their condition. The instrument was pretested with 45 adult

medical-surgical hospitalized patients. Following the pretest, the format was simplified and the 15 most discriminating items were selected for inclusion in the revised form.

Reliability and Validity: using the Spearman-Brown split-half reliability formula, a reliability coefficient of 0.84 was obtained.

The instrument has face validity. Additional validity is evidenced by results of a pretest in two hospitals. In the hospital designated as *one* in which the patients had a high degree of decision-making, 65 percent of the patients' scores placed them in the high decision making category (n=23). In the hospital designated as one in which the patients had a low degree of decision-making, 45 percent of the patients' scores placed them in the high decision-making category (n =13).

Use in Research:

The instrument was developed by the author, and is being used along with a Health-Illness Questionnaire Scale, Zuckerman's Affect Adjective Checklist, a distress rating scale, and other research instruments to collect data for her dissertation (Roy, 1976).

Comments:

The instrument appears to have potential for determining: patients' perceptions of their role in decision-making in a health care setting. A thorough assessment of the instrument will have to await the author's conclusion of her study.

References:

Glaser, Barney, and Straus, Anselm. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Co., 1967.

Roy, Sr. Callista. *Decision-making by the physically ill and adaptation to illness*. Dissertation proposal, University of California at Los Angeles, 1976.

Source of Information:

Sr. Callista Roy, R.N., M.S.

2957 Brighton Avenue

Los Angeles, Calif. 90018

Instrument Copyright: None.

Roy, Callista

HOSPITALIZED PATIENT DECISION-MAKING

In this part of the study I have some statements about decisions that are made in the hospital. I am interested in how you see these situations in this hospital and in how you would prefer things to be. There are no right or wrong answers, only opinions about these things. Each of the items below is made up of a pair of statements. You will be marking each pair two times each. The first time choose the one statement from the pair (and only one) which is closest to what you believe to be the case. Mark this choice with an X under "As it is". Next select the one of the pair you would want to be true, that is, how you prefer the situation to be. Mark this choice with an X under "As I prefer".

For example:

	As it is	As I prefer
1. I am sick now.	<u> x </u>	<u> </u>
I am well now.	<u> </u>	<u> x </u>
2. I am going to be here a while longer.	<u> </u>	<u> </u>
I am going home soon.	<u> x </u>	<u> x </u>

	As it is	As I prefer
1. I have found in the hospital that I often can decide what time to get up.	<u> </u>	<u> </u>
I usually have no freedom about the time to get up in the morning.	<u> </u>	<u> </u>
2. My recreational activity is under the control of the staff and the routine here.	<u> </u>	<u> </u>
I plan my own recreational activity, such as reading or TV based on what I feel able to do.	<u> </u>	<u> </u>

	As it is	As I prefer
3. My level of activity is regulated by the staff without discussion with me.	_____	_____
My input is important in deciding how much activity I can have.	_____	_____
4. If I needed surgery, I would make the decision about whether and when to have it.	_____	_____
My doctor would make any decision about surgery.	_____	_____
5. Most of the time the staff in the hospital explains everything that is done to me.	_____	_____
Most of the time I don't know what to expect next in the hospital.	_____	_____
6. I've observed that doctors and nurses don't realize that patients need a lot of information about their condition.	_____	_____
Most of the time doctors and nurses realize how much information patients need to know about their condition.	_____	_____
7. In the hospital I have a say in planning my diet based on my own health needs and my own habits.	_____	_____
My individual needs and concerns about my diet cannot be taken into account around here.	_____	_____
8. There are some medications that I can decide when I should have them.	_____	_____
All decisions about medications are made by the doctors and nurses.	_____	_____

9. What kind of bath I have (tub, shower, bed; assisted or unassisted) is up to me and my needs. _____
- Hospital routine usually dictates what kind of bath I get. _____
10. The staff avoid my questions about my condition and do not explain very much about it. _____
- In my case, I have found that usually I can depend on the staff to answer my questions about my condition. _____
11. I'm usually the last to find out about any changes in my treatment program. _____
- The staff talk with me ahead of time about any changes in my treatment program. _____
12. Since I have been in the hospital, I usually have to take my bath at a specific time whether I want to or not. _____
- I can usually take my bath at a time I want to. _____
13. I can have something to say about when I am able to use the bathroom. _____
- The doctors and nurses do not consult me about my needs or ability to use the bathroom. _____
14. If I smoked, I could have the control over my smoking habits here. _____
- Staff have more to say than I do about whether or not I smoke. _____
15. Hospital policy is very strict about where I may go. _____
- I am free to go most anywhere in the hospital. _____