

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

A Resposta Psicossocial de Impotência e o “locus de controle” de
pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca

CRISTIANE GIFFONI BRAGA

SÃO PAULO
1999

CRISTIANE GIFFONI BRAGA

A Resposta Psicossocial de Impotência e o “locus de controle” de
pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca

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

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

SÃO PAULO

1999

Ficha catalográfica preparada pelo Serviço
de Biblioteca e Documentação da EEUSP

Braga, Cristiane Giffoni

A resposta psicossocial de impotência e o “locus de controle” de
pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca / Cristiane Giffoni Braga.
- -São Paulo: C.G. Braga, 1999.

100p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem - Universidade de
São Paulo.

I. Título. II. Diagnóstico de enfermagem. III. Cuidados de enfermagem.
IV. Enfermagem cardiológica. V. Cirurgia cardíaca

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

A meus pais, Marta e Célido, a quem devo meu existir e minha formação.

A meu avô, Antônio, "in memoriam", eternamente presente em minha vida.

À minha irmã gêmea, Adriane, ao tio Moacyr e a Socorro, pelo apoio e estímulo constantes.

À Prof^a Dr^a "Diná", auxílio
ímpar para a qualificação
deste trabalho, meus
sinceros agradecimentos
pela confiança, respeito,
amizade e apoio. Ter sido
sua orientanda foi um
privilégio. Jamais
esquecerei !

Agradecimentos

Esse é o momento que durante todo o desenrolar do curso nós ficamos a imaginar o quanto será bom quando chegar. Temos tantas pessoas a agradecer que é quase outra dissertação. No entanto, acredito que aquelas que realmente me desejaram sorte e torceram por mim, sabem que lhes sou grata eternamente, e serão recompensadas por Alguém maior. Mesmo assim, agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram, pelo menos com um sorriso para que eu não vacilasse.

A DEUS, pela presença constante em minha vida.

A Tamara, 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 amizade.

Ao Hospital - campo de pesquisa e as equipes de cirurgia cardíaca que autorizaram a coleta de dados.

Aos pacientes coronarianos e valvares, sem os quais este trabalho não teria razão de ser.

Às colegas enfermeiras do Departamento de Enfermagem do Hospital - campo de pesquisa, pelo estímulo e apoio constantes durante a coleta de dados.

À Diretoria da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, por ter me proporcionado a realização deste sonho.

À Prof^a Enf^a Raquel Anacleto Pereira de Mello, por ter me estimulado a fazer o mestrado, sempre me apoiou, acompanhou e torceu pelo sucesso deste estudo.

Aos colegas da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, pelo apoio para que viesse realizar a pós-graduação e por terem assumido meu trabalho em minha ausência, em especial, a Terezinha, Isabel e Ivandira.

A Carminha e Josefa pelo acolhimento durante a minha estada em São Paulo.

Às amigas Belém, Donata, Ana Paula, Elen e Carla, pelo acolhimento, carinho e pela força em momentos finais da dissertação. Não tenho palavras para agradecer os gestos e demonstrações de amizade.

Às amigas Luciana, Sueli, Líliam, Maria Helena, Waldine, Tereza e Dras. Vitória Secaf, Maria Júlia, Cibele, Estela e Eliane, que nos momentos mais difíceis foram sempre presentes, sempre positivas e carinhosas, com uma palavra amiga e com um sorriso que transmitia força.

Aos professores da Pós-Graduação da USP, pelas orientações no decorrer deste trajeto, em especial, à Prof^a Maria Meimei Brevidegli pela torcida no sucesso deste trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Biblioteca e Documentação de Enfermagem da USP, pela prontidão, em especial, a Nadir, Lúcia, Sônia, Neide, Clô, Cleber e "Cida".

Aos funcionários da Pós-Graduação, Aparecida Rosa de Souza Tarabola, Iieko Fuggi e do Serviço de Informática Marquinhos, pela atenção e solicitude no atendimento de nossas não raras solicitações.

À funcionária Dorinha, do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo carinho e atenção.

A Ângela Tavares Paes, pela análise estatística dos resultados deste trabalho.

A Ivone Borelli pela revisão de português.

A Hosana pela amizade e apoio durante a digitação deste estudo.

Ao Cristian e a Rose pela dedicação na capa deste estudo.

Ao CNPq pelo apoio financeiro durante parte do período deste estudo.

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	1
A Busca	1
O Encontro	4
Resposta de Impotência e a Enfermagem	16
“Locus de Controle”	18
O Interesse: Pacientes com Insuficiência coronariana e Disfunções Valvares	27
Justificativas	29
2. OBJETIVOS	30
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	32
3.1- Local	33
3.2- Casuística	33
3.3- Coleta dos Dados	36
3.3.1- Instrumentos	36
3.4- Procedimentos de coleta dos dados	41
3.5- Julgamento quanto à impotência	42
3.6- Análise e interpretação dos dados	43
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5. CONCLUSÕES	100
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
ANEXOS	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo de Impotência mostrando as quatro áreas de controle pessoal.	5
Figura 2	“Box-plots” para as variáveis quantitativas segundo os grupos VAL e ICO.	47
Figura 3	“Box-plots” para as variáveis de “locus de controle” nos pacientes VAL e ICO.	51
Figura 4	“Locus de controle” na saúde com seus respectivos escores médios e desvios-padrão segundo estudos selecionados.	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características demográficas e da internação da amostra, segundo o grupo VAL e ICO.	35
Tabela 2	Resultados do teste Qui–quadrado sobre as distribuições quanto ao sexo nos grupos VAL e ICO.	45
Tabela 3	Resultados do teste de normalidade para as variáveis quantitativas (idade, escolaridade, tempo de internação).	48
Tabela 4	Resultados dos testes de comparação das variáveis quantitativas (idade, escolaridade, tempo de internação) entre os grupos VAL e ICO.	49
Tabela 5	Resultados do teste de normalidade para as variáveis de “locus de controle”.	52
Tabela 6	Frequência da impotência segundo os grupos VAL e ICO.	55
Tabela 7	Distribuição dos doentes avaliados como impotentes segundo a intensidade da impotência e os grupos VAL e ICO.	61
Tabela 8	Frequências das características definidoras nos doentes com e sem impotência e os resultados do teste de Qui-quadrado/Fisher sobre essas proporções.	63
Tabela 9	Frequência de ocorrência das características definidoras, segundo a presença e grau da impotência em PO de cirurgia	

	cardíaca.	67
Tabela 10	Frequência da impotência e resultado do teste Qui-quadrado segundo os grupos VAL e ICO.	72
Tabela 11	Intensidade da impotência nos grupos VAL e ICO.	73
Tabela 12	Associação entre sexo e frequência da impotência em pacientes VAL e ICO.	75
Tabela 13	Associação entre sexo e intensidade de impotência em pacientes VAL e ICO.	75
Tabela 14	Associação entre tipo de cirurgia e frequência da impotência em pacientes do sexo masculino.	76
Tabela 15	Associação entre tipo de cirurgia e frequência da impotência em pacientes do sexo feminino.	76
Tabela 16	Estatísticas descritivas sobre o “locus de controle”.	80
Tabela 17	Resultados dos testes de comparação dos escores das dimensões de “locus de controle” com os grupos de doentes VAL e ICO.	84
Tabela 18	Associação entre sexo e “locus de controle” em pacientes VAL e ICO.	88
Tabela 19	Associação entre tipo de cirurgia e “locus de controle” em pacientes do sexo masculino.	89
Tabela 20	Associação entre tipo de cirurgia e “locus de controle” em pacientes do sexo feminino.	89

Tabela 21	Associação entre idade e “locus de controle”.	90
Tabela 22	Comparação entre impotentes e não impotentes quanto aos escores de “locus de controle”.	94
Tabela 23	Comparação dos escores de “locus de controle” entre os doentes em pós-operatório de VAL impotentes e não impotentes.	95
Tabela 24	Comparação dos escores de “locus de controle” entre os doentes de ICO impotentes e não impotentes.	95
Tabela 25	Comparação dos escores das dimensões de “locus de controle” com a intensidade de impotência.	96
Tabela 26	Comparação dos escores das dimensões de “locus de controle” com a intensidade de impotência nos pacientes pós-operados de válvula.	96
Tabela 27	Comparação dos escores das dimensões de “locus de controle” com a intensidade de impotência nos pacientes pós-operados de coronária.	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHLC	-Chance Health Locus of Control
DP	-Desvio-padrão
IAM	-Infarto Agudo do Miocárdio
ICO	-Insuficiência coronariana
IHLC	-Internal Health Locus of control
MHLC	-Multidimensional Health Locus of Control
NANDA	-North American Nursing Diagnosis Association
PO	-Pós-operatório
RM	-Revascularização do miocárdio
UCO	-Unidade coronariana
VAL	-Disfunções valvares

RESUMO

BRAGA, C. G. **A resposta psicossocial de impotência e o “locus de controle” de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.** São Paulo, 1999. 141p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

A impotência, como uma das possíveis respostas psicossociais ao adoecer, caracteriza uma necessidade de cuidado de enfermagem. A descrição dos indicadores dessa resposta em pacientes pós-operados por insuficiência coronariana e disfunção valvar foi o núcleo do presente estudo. Os objetivos foram: descrever a impotência quanto à frequência, intensidade e características definidoras, comparar a impotência (frequência e intensidade) e o “locus de controle” entre os pós-operados por insuficiência coronariana e disfunção valvar, verificar a existência de associação entre impotência e o “locus de controle” nessa amostra. A coleta de dados foi feita por entrevista com base em dois instrumentos: o primeiro construído especificamente para este estudo, para avaliar a impotência, e o segundo foi a Escala de Locus de Controle da Saúde de WALLSTON, K.A; WALLSTON, B.S; DEVELLIS (1978). Houve um julgamento quanto à presença e intensidade do diagnóstico impotência. As dimensões avaliadas pela Escala de Locus de Controle foram: interno, externo e acaso. Esses procedimentos foram realizados junto a 75 doentes, sendo 45 com insuficiência coronariana e 30 com disfunção valvar, sendo 62,7% do sexo masculino; idade média de 57,2 anos; escolaridade média de 6,4 anos; tempo médio de pós-operatório à coleta dos dados de 7,5 dias. Dos 75 pacientes, 44 apresentaram impotência (leve=20; moderada= 15 e intensa= 9). Das 17 características definidoras estudadas, 12

foram significativamente mais freqüentes em nível de 5% de significância nos doentes com impotência. As proporções de impotentes nos dois grupos de pacientes com insuficiência coronariana e disfunção valvar foram semelhantes, não havendo diferenças estatisticamente significantes ($p=0,848$). Os pacientes pós-operados coronarianos acreditavam mais em fatores internos como fonte de controle dos que os pacientes de disfunção valvar (“locus” interno $p=0,001$; internalidade total $p=0,002$) Não houve associação entre impotência e “locus de controle” em nível de 5%, sugerindo que as dimensões de “locus de controle” não são atributos isolados essenciais do conceito de impotência. Os resultados deste estudo permitiram estabelecer outras questões de pesquisa e corroboram a importância do desenvolvimento do conhecimento sobre as respostas psicossociais do doente em situações médico-cirúrgicas.

PALAVRAS-CHAVE: impotência, diagnóstico de enfermagem, “locus de controle”, cirurgia cardíaca.

ABSTRACT

BRAGA, C.G. Powerlessness and “locus of control” of post-operative cardiac surgery patients. São Paulo, 1999. 141p. Dissertation (Master Degree) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (Nursing School, University of São Paulo).

Powerlessness as one of the possible psychosocial responses of illness, characterizes a necessity for nursing care. The description of the indicators of this response in post-operative patients with coronary insufficiency and valve dysfunction was the core of this study. The objectives were: to describe powerlessness (frequency and intensity), and the “locus of control” between the post-operated patients for coronary insufficiency and valve dysfunction, and to verify the existence of association between powerlessness and the “locus of control”. The data were obtained by means of interviews based on two tools: the first one was organized specifically for this study to assess powerlessness, and the second was the “Locus of Control Health Scale” of WALLSTON, K.; WALLSTON, B.S; DEVELLIS (1978). The presence and intensity of powerlessness was judged by the author. The “locus of control” dimensions assessed were: internal, external and chance. These procedures were carried out on 75 patients of which 45 had coronary insufficiency and 30 had valve dysfunction; 62.7% were male with mean age of 57.2 years; average schooling of 6.4 years; mean post-operative data collection time of 7.5 days. Of the 75 patients, 44 presented powerlessness (low=20; moderate=15; severe=9). Of the 17 defining characteristics studied, 12 were significantly more frequent ($p<0.05$) for powerless patients. The proportion of powerlessness in the two groups (coronary insufficiency and valve dysfunction) were similar ($p=0.848$). The post-operated coronary patients believed more in internal factors than the patients

with valve dysfunction (“internal locus” $p=0.001$; “total internality” $p=0.002$). There was no association between powerlessness and “locus of control” ($p>0.05$), thus suggesting that the dimensions of “locus of control” are not, in essence, isolated attribute of the concept of powerlessness. The results of this study permitted further questioning of research and corroborated the importance of knowledge development on psychosocial responses of patients in medical-surgical situations.

Key words: powerlessness, nursing diagnosis, “locus of control”, cardiac surgery.

1- INTRODUÇÃO

A Busca

“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.

As doenças agudas ou crônicas, geralmente, provocam sentimentos perturbadores, bem como os tratamentos a elas direcionados. Estes sentimentos estão relacionados à forma de as pessoas atribuírem significados ao adoecer e ao tratamento. Assim, podemos dizer que as pessoas apresentam respostas ao adoecer. Essas podem, didaticamente, ser separadas em respostas orgânicas e em respostas psicossociais, embora não haja independência entre elas. As respostas orgânicas, mais visíveis, atentam-nos de forma significativa e assim as identificamos mais facilmente. Porém, as de ordem psicossocial, parecem-nos difíceis de caracterizar, pois envolvem fatores multidimensionais que se inter-relacionam como por exemplo, fatores culturais, características da personalidade, experiências passadas, fatores cognitivos e emocionais (CRUZ, 1996).

Assim, com esses fatores multidimensionais que se inter-relacionam nas respostas de ordem psicossocial, acreditamos que uma variável individual de percepção de controle, inerente a cada indivíduo, esteja implícita em uma resposta psicossocial na situação de doença, permeando as ações do paciente para maior ou menor controle da situação. É possível que tal variável exerça influência decisiva nas respostas psicossociais das pessoas ao adoecer.

A impotência, como uma das possíveis respostas psicossociais ao adoecer, caracteriza uma necessidade de cuidado de enfermagem. A descrição dos indicadores dessa resposta em pacientes com insuficiência coronariana e com disfunções valvares é o núcleo do presente estudo.

Em nossa caminhada como enfermeira em unidade coronariana (UCO) e clínicas cirúrgicas cardíacas, deparávamo-nos freqüentemente com respostas orgânicas e possíveis respostas de ordem psicossocial ao adoecer, tanto na ocasião da internação do paciente como ao longo de sua permanência nas clínicas cirúrgicas cardíacas. Percebíamos que o doente com insuficiência coronariana ou com disfunções valvares ao ser admitido nessas unidades, manifestava insegurança e falta de controle sobre o meio e a situação por uma série de questionamentos que fazia à enfermagem, como, por exemplo, quem ficaria com ele, quem o ajudaria no atendimento de suas necessidades, em que horários faria as refeições habituais, em que dia receberia visitas, quem cuidaria de suas roupas, quem vigiaria seus objetos pessoais etc. Durante seu discurso, manifestações não-verbais complementavam a fala, validando essas indicações de falta de controle da situação imediata. Havia também aquele que não verbalizava o sentimento de insegurança e falta de controle, mas o olhar, os gestos eram significativos.

A dependência da ajuda de outros, a corrida para o hospital, os olhares de angústia nas faces dos parentes e amigos, os equipamentos a sua volta, enfermeiros, médicos e outras pessoas estranhas entrando e saindo de sua unidade ou box, a escuta de sons dos equipamentos e o ouvir vozes são apenas o começo dos desafios ao paciente coronariano. Tão logo é admitido na unidade coronariana, encontra outras ameaças inesperadas e seus temores aumentam ainda mais. Enfim, há uma enorme

sobrecarga sensorial, tanto externa quanto interna, sobre a qual o paciente coronariano pode perceber-se sem nenhum controle (MELTZER; PINNEO; KITCHELL, 1997).

A enfermeira que atende o paciente cardiopata para o restabelecimento de seu equilíbrio, deve conhecer as necessidades apresentadas pelo mesmo, em especial, no que se refere aos sentimentos e reações frente à doença, à internação e aos procedimentos especializados no tratamento (SILVA; KINA; SHIOTSU, 1992).

As observações a que nos referimos geravam inquietações sobre como articular tantas manifestações de forma a poder oferecer um cuidado fundamentado também frente às necessidades psicossociais dos doentes.

Essas inquietações foram configurando o tema deste estudo. Ao estudarmos o processo de diagnóstico de enfermagem, vimos a possibilidade de uma estrutura para organizar questionamentos quanto às respostas psicossociais dos pacientes ao adoecer. Segundo a North American Nursing Diagnosis Association - NANDA, diagnóstico de enfermagem é “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável” (FARIAS et al, 1990; MIERS, 1991).

A idéia de que as situações que necessitam de cuidados de enfermagem são “respostas” do doente forneceu um primeiro alicerce. Ao estudarmos os padrões de respostas humanas e, entre eles, o padrão “perceber”, onde o diagnóstico impotência está inserido, evidenciamos total cumplicidade com nossas inquietações e assim

buscamos desenvolver este estudo norteando-o pelo diagnóstico de impotência
“*powerlessness*”.

O Encontro

enfermagem “A arte da
incluir a

disponibilidade em receber o outro ser, em compreender sua experiência e em expressar isso, permitindo que o outro também expresse seus sentimentos. Ela é vivenciada, expressa e co-criada no momento do cuidar.

Jean Watson

O pressuposto básico que direcionou a definição do tema é que as respostas consideradas de ordem “psicossocial” compõem possíveis necessidades de cuidados de doentes em unidades médico-cirúrgicas cardíacas. Portanto, o desenvolvimento de estudos sobre o assunto pode contribuir para a organização do conhecimento da disciplina.

Levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS E MEDLINE referente ao período de 1992 a 1998, permitiu identificar publicações em que os autores tratam da associação entre a experiência de estar doente e ser internado e a resposta de impotência. Nestas publicações foram exploradas, entre outros aspectos, o conceito de impotência.

Em 1992, MILLER publicou a descrição da análise do conceito de impotência que desenvolveu segundo os procedimentos propostos por WILSON apud HUPCEY et al (1997). O contexto que a comprometeu para essa análise foi o das pessoas com doença crônica, em que é comum a deterioração das condições físicas do doente, a despeito do tratamento e da mais estrita adesão a ele. Sentiu-se desafiada pela observação de que, nessa trajetória, alguns pacientes manifestavam esperança e “resiliência psicológica”, ou seja, recuperavam o equilíbrio psicológico frente a eventos ameaçadores e crises.

A impotência, segundo WHITE; ROBERTS (1993), envolve a percepção por parte do doente, de perda de controle. Com base em observações de paciente com edema agudo de pulmão, esses autores elaboraram um modelo para o conceito de

impotência. Nesse modelo, propõem-se quatro dimensões da perda de controle pessoal como componentes do conceito de impotência: fisiológico, cognitivo, ambiental e decisional. A Figura 1 a seguir representa essa proposta.

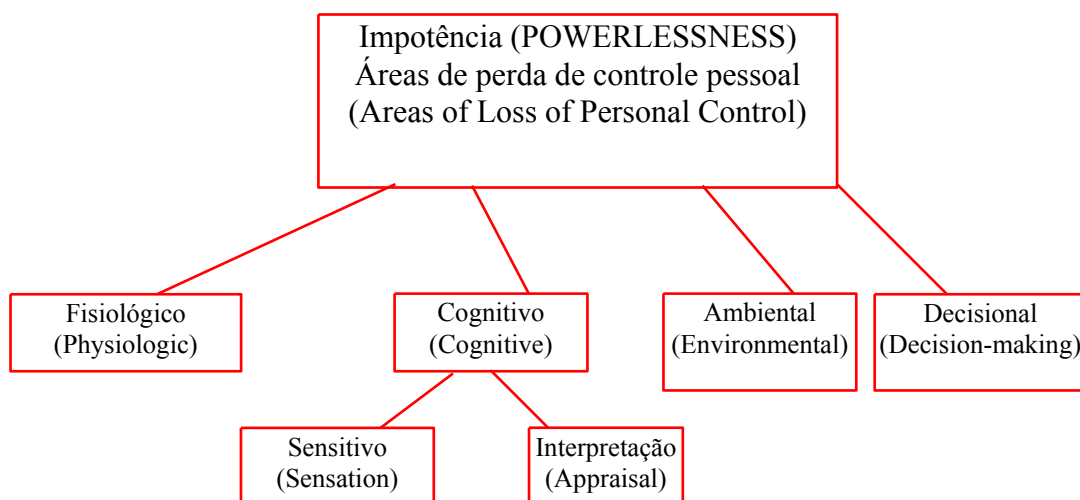


FIGURA 1. Modelo de Impotência mostrando as quatro áreas de controle pessoal.

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

Fonte: WHITE, B.S; ROBERTS, S.L. Powerlessness and the pulmonary alveolar edema patient. *Dimens. Crit. Care Nurs.* v.12, n.3, p.127-37, 1993.

Descrevemos a seguir, as dimensões da 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. A *perda de controle cognitivo* está presente quando o paciente não consegue compreender as **sensações físicas** que experimenta. Envolve a **interpretação 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 interpretação. 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 interpretação capacita o paciente a focar 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. WHITE; ROBERTS (1993) ilustram essa dimensão do modelo de impotência com a descrição de observações e relatos de um paciente com edema agudo de pulmão.

O Sr. W., transferido de um hospital após seu segundo infarto agudo do miocárdio (IAM) e falência cardíaca, foi readmitido na unidade de emergência com quadro de edema agudo de pulmão. Depois da admissão nessa unidade, ele foi rapidamente transferido para a unidade coronariana onde, ao exame físico, a enfermeira detectou palidez, dispnéia com presença de crepitações à ausculta e respiração ruidosa, presente em ambos os campos pulmonares. Recebia 4l/min de oxigênio por cateter nasal. Um cateter de artéria pulmonar foi inserido para avaliação hemodinâmica. Seu médico informou-o de que, pelo quadro de intensa dispnéia, congestão pulmonar vascular, e alterações na pressão arterial de oxigênio, havia necessidade de intubação endotraqueal e ventilação mecânica. O Sr. W. informou à enfermeira que precisava retornar o mais breve possível para o trabalho de supervisão de um projeto e que não queria ser entubado ou conectado a aparelho para ventilação mecânica. Embora sabendo da gravidade do seu estado, relatou seu medo em depender da ventilação mecânica e manifestou sua percepção de perda de controle sobre a situação. A enfermeira o ouviu e forneceu informações sobre o procedimento. Após breve explicação o Sr. W. encolheu os ombros e sussurrou para

que fizessem o que era necessário. Ao identificar o seu comportamento como característico de impotência, a enfermeira começou a utilizar estratégias para aumentar a percepção de poder do paciente. Quando ficou sabendo que sua condição exigiria ventilação mecânica, ele tornou-se ansioso e diminuiu as suas verbalizações. Durante uma admissão prévia na unidade de cuidados intensivos, ele havia se submetido à respiração por pressão positiva intermitente, e lembrou-se da sensação de abandono durante esse período. Enquanto a equipe de saúde via a ventilação mecânica como um procedimento benéfico, o Sr. W. a via de outra forma. Apesar de ter tido experiência com ventilação mecânica, ele não havia ainda tido experiência com entubação e aspiração. Para o Sr. W., a necessidade de suporte por ventilação contínua, mesmo que temporária, reafirmava a sua percepção de que os recentes eventos cardíacos o forçavam a tornar-se dependente dos outros. Sua ansiedade não provinha apenas do medo de que a ventilação pudesse ser permanente, mas também do medo de nunca mais ficar independente. Essa percepção desenvolveu no Sr. W. a autopercepção de impotência. Pelas lembranças das sensações passadas, Sr. W. foi capaz de desenvolver imagens mentais para interpretar as sensações atuais. Quando essas imagens são positivas, elas ajudam a pessoa a recuperar-se, quando essas imagens são negativas, acentuam o sentimento de perda de controle. Pacientes com edema agudo de pulmão que, ao longo do tempo, já têm dispnéia, podem apresentar diminuição da sensibilidade ao trabalho respiratório como as mudanças no fluxo ou volume ventilatórios. Se esse não for o caso, à medida que a falência cardíaca progride, a sensibilidade à intensidade da dispnéia frequentemente aumenta (WHITE; ROBERTS, 1993). Toda vez que se dispõe da informação sensorial, ocorre a interpretação dos fatos. O paciente pode

escolher minimizar ou supervalorizar a sensação de dispnéia. Alguns pacientes fazem distorções cognitivas tais como: engajar-se no pensamento “tudo ou nada”, supervalorizando a situação, deprimindo-se por um detalhe negativo, desprezando as experiências positivas, lançando conclusões precipitadas ou, minimizando a seriedade da situação.

O paciente ansioso, com edema agudo de pulmão, freqüentemente distorce sua visão da situação, atribuindo perigo eminente a eventos futuros. Por exemplo, pacientes com edema agudo de pulmão podem ver a ventilação mecânica como evento único e negativo e concluir que o tratamento será permanente. Pode não se dar conta de que está fazendo previsões negativas. Pacientes como o Sr. W. podem assumir os sentimentos negativos em relação ao procedimento como a única possibilidade de interpretação da situação. Durante esse tempo de perdas de controle pela interpretação cognitiva, o paciente pode ignorar mudanças positivas reais como por exemplo, a melhora na pressão dos gases arteriais. As enfermeiras de unidades de terapia intensiva freqüentemente surpreendem-se porque o paciente não se sente progredindo, mesmo quando lhe informa sobre os progressos obtidos (WHITE; ROBERTS, 1993).

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 qualquer outra razão, o paciente pode perceber-se impotente.

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

Nas dimensões desse modelo de impotência está sempre presente a idéia de perda de controle. O controle é a percepção de poder pessoal sobre o meio e a situação. Refere-se à percepção pessoal de ter capacidade para regular, dirigir ou dominar uma situação ou evento, dando à pessoa senso de independência e confiança (WHITE; ROBERTS, 1993). Dessa forma, as dimensões da impotência conforme a proposta de WHITE; ROBERTS (1993) envolvem a idéia de poder.

Para HAWKS (1991) 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; RAATIKAINEN, 1994).

Podemos inferir que a idéia de poder implícita no modelo de WHITE; ROBERTS (1993) refere-se ao “poder para” conforme HAWKS (1991) e RAATIKAINEN (1994) apresentam. As dimensões da perda de controle na impotência referem-se a perda de “poder para” regular ou dirigir os limites impostos pelos sintomas físicos (fisiológicos); perda de “poder para” regular ou dirigir a interpretação das informações sensoriais (cognitivo); perda de “poder para” regular o ambiente próximo (ambiental) e perda de “poder para” regular ou dirigir as próprias decisões (decisional).

Em outra perspectiva, poder é a habilidade da pessoa para influenciar o que acontece com ela (MILLER,1992a). MAY (1972), citada por MILLER (1992a), 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).

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).

Usando os termos “poder” e “controle” como sinônimos MILLER (1992a) 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. Apesar 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) 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 discernimento* sobre o que está acontecendo consigo mesmo, permite 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 em 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, a impotência não é um problema porque o paciente desenvolve a percepção de maior controle sobre a situação (MILLER, 1992a). O oposto da percepção de controle pessoal é a

impotência (WETHERBEE, 1995). Esta como diagnóstico de enfermagem, foi aceita pela NANDA em 1982 (GORDON, 1994) sendo definida 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.

CARPENITO (1995) estabelece a possibilidade de graus ou níveis de impotência. A impotência não é uma resposta dicotômica, mas é, antes de tudo, um “continuum”. Qualquer processo de doença, agudo ou crônico, pode predispor à impotência. A percepção de impotência é uma condição que pode afetar todas as pessoas através da vida (LAMBERT, V.A.; LAMBERT, Jr.C.E., 1981; KUBSCH; WICHOWSKI, 1997). As crianças hospitalizadas comumente experimentam a impotência no tocante ao ambiente hospitalar (CARPENITO, 1995). Já nos idosos, a vulnerabilidade para a impotência aumenta devido às freqüentes perdas que geralmente experimentam (CARPENITO, 1995). Muitos idosos, segundo McFARLAND; McFARLANE (1989), possuem poucas fontes de poder íntegras tais como resistência, força física e motivação para melhorar a saúde e a adesão aos regimes de tratamento. Estressores psicológicos tais como a morte de um amado, aposentadoria, deslocamento e as mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecer podem aumentar a vulnerabilidade a sentimentos de impotência. A impotência pode ocorrer também no indivíduo com doença aguda, especificamente durante as fases de acompanhamento diagnóstico, quando os sintomas são mais prevalentes, a doença é mais debilitante, o indivíduo não teve muitas experiências com doenças ou quando a avaliação diagnóstica é prolongada ou muito invasiva

(McFARLAND; McFARLANE, 1989; WHITE; ROBERTS, 1993; BOEING; MONGERA, 1989).

Com a doença crônica, que impõe um longo período de adaptação, há aumento do risco de sentimentos de impotência (BENJAMIM, 1996; MILLER, 1992a). 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 si e a seu estilo de vida.

Vários fatores contribuem para a percepção de impotência do paciente: o meio atual de cuidados de saúde, a tecnologia e linguagem pouco ou nada familiares, sua privacidade e 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 é freqüente. 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).

BOEING; MONGERA (1989) afirmam que a impotência percebida pelo paciente guarda estreita relação com o ambiente de cuidados que pode favorecer ou, de certa forma, impor essa percepção. 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 sobre os pacientes, levando-os a não assumir responsabilidades em seus próprios cuidados poderá provocar diminuição da auto-estima e sentimentos de impotência nesses pacientes (ARAKELIAN, 1980).

O controle pessoal serve para melhor delinear os limites ou a separação entre a pessoa e o meio (MOCH, 1988). A falta de controle envolve a diminuição no senso de ordem, de uniformidade ou de estrutura originados de um poder pessoal (MOCH, 1988). 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. (MOCH, 1988).

Resposta De Impotência e a Enfermagem

“Se cuidar é a
essência da
Enfermagem, isso ainda
precisa ser
determinado.”
Vera Regina Waldow

Segundo GORDON; SWEENEY (1979) os diagnósticos de enfermagem provêm os focos da ciência clínica da enfermagem. Para ser competente em seu exercício profissional, a enfermeira deve ser hábil para decidir quais são as necessidades de cuidados daqueles de quem cuida. Se decidir sobre os cuidados necessários envolve discriminar as situações que demandam esses cuidados e se essa discriminação é entendida como uma atividade diagnóstica, então podemos aceitar o diagnóstico de enfermagem como um instrumento de trabalho da enfermeira, fundamental para o exercício competente da sua profissão (CRUZ, 1997).

Entre as vantagens de se nomear as interpretações dos dados de enfermagem, está a melhora efetiva da comunicação entre a equipe de enfermagem e com os outros. Classificar interpretações que são derivadas do conhecimento sobre os pacientes, constitui construir “mapas de território”. Tais “mapas” guiam a enfermagem na promoção de serviços *individualizados* aos pacientes (LUNNEY, et al, 1997).

MILLER (1984; 1992b) em seus estudos sobre o diagnóstico de impotência contribuiu significativamente para o conhecimento sobre essa percepção do paciente. Verificou que a falta de controle em uma situação de saúde, conduz o paciente à apatia, à diminuição de sua interação, e à não participação nos cuidados ou nas tomadas de decisão (DUNN, 1998).

KUBSCH; WICHOWSKI (1997) verificaram também que as enfermeiras estão em exposição freqüente a esse diagnóstico de enfermagem pelo fato de estarem

em contato com pacientes que experimentam a percepção de falta de controle de uma situação atual ou de um acontecimento imediato, como na incerteza de um prognóstico, na prevenção de atividades, na promoção de sua saúde. Mas, muitas vezes, ao cuidar desses pacientes, inadvertidamente promovem a percepção de impotência pelo paciente. Os conceitos de controle e não controle, podem ser definidos e diretamente relacionados à intervenções de enfermagem (MOCH, 1988).

Comparada a outras disciplinas de saúde que envolvem o cuidado ao paciente, a enfermagem deveria ser a disciplina com mais preparo e mais apropriada para aliviar ou evitar tal resposta (MILLER, 1984). Dessa forma, faz-se necessário a exploração desse diagnóstico, supostamente freqüente nos pacientes.

“Locus De Controle”

“Se enverardarmos pelos caminhos da
compreensão humana,
veremos que todo relacionamento exige interação, e que só será possível
atender o ser humano
se o conhecermos interiormente e soubermos observar seus valores, suas
crenças e seus sentimentos”.
J.Travelbee

O construto de “locus de controle” é um dos que tem sido associados ao conceito de impotência (MILLER, 1992b; DREW, 1990; BUSH, 1988). Segundo BARRY (1996a) 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), 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 em 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).

“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).

O conceito de “locus de controle” foi elaborado no contexto da teoria da aprendizagem social (TAMAYO, 1993). ROTTER (1966; 1975) postula 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) a percepção de controle é dicotômica: varia de internalidade para externalidade. ROTTER (1975) propõe 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, está em função da expectativa de que o comportamento irá manifestar mediante a recompensa na situação e o valor dessa recompensa para o sujeito (ROTTER, 1975). Já TAMAYO (1993) enfoca a percepção pessoal de controle não dependente exclusivamente da contingência entre comportamento e resultado; implicando também num 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; MILLER, 1983). 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 como variando 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).

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 existência de alta relação entre “locus de controle” e determinados quadros psicopatológicos. Situando o nível de estabelecimento da direção desta relação acima citada: “será que o “locus de controle” externo determina a ocorrência de quadros depressivos, histéricos, suicidas, ou esses quadros 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);
- 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, que têm um sentimento de impotência na personalidade, precisam do suporte de outros para ser capazes de lidar de modo eficaz com os estressores (DALGARD; BJORK; TAMBS, 1995);
- c) *práticas de manutenção da saúde, crenças na saúde, auto-imagem e auto-exame da mama*: não houve correlação significativa entre ser praticante do auto-exame da mama com “locus de controle” interno. Houve 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 houve uma média alta de escore na dimensão de “locus de controle” interno sobre as outras dimensões do “locus

de controle” (HALLAL, 1982);

- d) *imunização dos pré-escolares*: não houve diferença estatisticamente significativa de externalidade e internalidade entre mães submissas e não a imunização de suas crianças. As mães não submissas necessitavam de orientação dos profissionais de saúde para a imunização; parecendo predominar um “locus de controle” externo (ROSENBLUM; STONE; SKIPPER, 1981);
- 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 predominaram as explicações ligadas ao comportamento do operador. Quanto mais as pessoas atribuem ao acaso ou aos outros o controle das situações, mais negativa é sua atitude em relação aos problemas de segurança (DAMORIM, 1989);
- f) *contexto organizacional*: os sujeitos mais internos revelaram 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);
- g) *satisfação conjugal*: a internalidade está relacionada à maior satisfação conjugal e melhor avaliação do casamento no futuro (DELA COLETA, 1992) ;
- 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);
- 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; VIKARI, 1996);

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

- *pacientes paraplégicos sob regime de autocateterismo intermitente não estéril*: observou-se um inter-relacionamento do “locus de controle” interno e sucesso no desempenho do autocateterismo onde a análise do “locus de controle” pôde ser preditiva quanto a este comportamento (BLAZIN, 1987);
- *pacientes portadores de insuficiência renal crônica*: os pacientes com “locus de controle” interno eram 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 houve diferença estatisticamente significativa (PERES, 1989);
- *pacientes diabéticos*: os sujeitos estudados mostraram uma predominância no “locus de controle” externo (ZANETTI, 1990).
- *Na avaliação dos riscos da saúde no lar, sendo um estudo comparativo entre mães e profissionais de enfermagem*: as mães avaliaram com maior peso e atribuíram 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 houve maior tendência em acreditar em outros poderosos, e de igual forma esse grupo mostrou-se mais crente no acaso e no destino que as enfermeiras (RODRIGUEZ-ROSETO, 1999).

ROTTER (1966; 1975) 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 (ROTTER, 1966).

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.

O constructo implica elementos comportamentais (comportamento, reforço) e cognitivos (percepção, expectativa) e sua estruturação, no sujeito, se reporta novamente à teoria da aprendizagem social (LEFCOURT, 1982; 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).

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 a si, 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.

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).

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 à impotência conforme McFARLAND ; McFARLANE (1989) apontaram na literatura. Porém, existem questões de fundo, imprescindíveis, tais como as citadas anteriormente no tocante às variáveis que estão associadas à 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 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 6 itens de distração) apresentados de maneira a forçar uma resposta caracterizando o “locus” como externo ou interno (TAMAYO, 1993). 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).

Nesse contexto, insere-se LEVENSON (1973) apud WALLSTON, K.A.; WALLSTON, B.S.; 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.

A escala de “locus de controle” aplicada à saúde de WALLSTON, K.A.; WALLSTON, B.S; DEVELLIS (1978) foi desenvolvida também com base no pressuposto de que as fontes de reforço para comportamentos de saúde são provenientes das dimensões : interno, externo e acaso. Segundo WALLSTON, K.A.; WALLSTON, B.S; DEVELLIS (1978) na utilização da escala multidimensional de “locus de controle” na saúde (MHLC), é importante ter em mente uma base teórica sustentada de “locus de controle” na saúde. Como um indicador de saúde específico de expectativas generalizadas de reforços de “locus de controle”, baseados na Teoria da Aprendizagem Social de ROTTER (1966), é difícil sustentar que o “locus de controle” sozinho poderia explicar comportamentos de saúde. Este estudo tem a finalidade de explorar o “locus de controle” frente à resposta de impotência. O desenvolvimento desse tema de pesquisa pode produzir evidências que permitam melhor delineamento do conceito de impotência.

O Interesse: Pacientes com Insuficiência Coronariana e Disfunções Valvares

"O cuidado técnico pode ser ensinado, porém o cuidar em seu sentido mais amplo, entendido como um processo interativo, precisa ser vivido".

Vera Regina

Waldow

"A doença cardíaca é uma das mais significativas enfermidades crônicas da idade adulta" (ROMANO, 1995). "Acreditamos que o ritmo alucinante da vida de hoje, a transitoriedade das coisas, das pessoas e dos valores, a valorização do material e do tecnológico, o individualismo crescente estão fazendo surgir novos tipos de doenças e, entre elas, enquadra-se a coronariopatia" (CAMPOS, 1992).

"Dados estatísticos e a experiência clínica com pacientes cardiopatas mostram-nos que a doença cardíaca é não só expressão de uma disfunção orgânica, mas também disfunção do homem como um todo. Sua manifestação surge tanto em nível psíquico como orgânico. A doença significa então, um desequilíbrio bio-psíquico, um esforço do homem para recuperar uma integração no momento rompida" (RIBEIRO; RENGEL, 1992). Deve ser entendida como problema de saúde pública, não somente porque em algum momento sobrecarrega os custos sociais com cuidados recorrentes e hospitalizações, mas porque também contribui para a redução da expectativa de vida e, sobretudo, por piorar a qualidade de vida - tanto em termos de seus aspectos físicos limitantes como, especialmente, pelos prejuízos decorrentes

da alteração do funcionamento psicossocial completo e íntegro desses doentes (ROMANO, 1995).

“Dessa forma, em razão de sua cronicidade, esse mal é responsável por prejuízo quer no desempenho físico decorrente da dispnéia, da fadiga e das arritmias, quer no emocional, no que diz respeito ao afastamento da vida produtiva, à redução da independência e à incapacidade de lidar com aspectos mais simples (por exemplo, autocuidado ou mesmo contato com amigos e familiares)” (ROMANO, 1995).

“É importante assinalar a sobrecarga emocional de ambos os lados envolvidos em seu tratamento: do paciente e da pequena comunidade onde está inserido e, também, da instituição e dos profissionais que o assistem” (ROMANO, 1995).

Gera-se assim, um círculo vicioso: paciente com problemas, retornando freqüentemente ao hospital (ambulatório, consultório), família desorganizada e abalada, profissionais impotentes para lidar com todas as variáveis (físicas, emocionais e sociais) que se apresentam. A única maneira de escapar desse círculo vicioso é entender e considerar que os impactos dos eventos e restrições de vida impostos pela doença não são função exclusiva de sua natureza, mas do modo como são interpretados afetiva e cognitivamente pelo indivíduo. Dessa forma, a condução ao sucesso do tratamento basear-se-á fortemente nas percepções que o paciente tem sobre o que efetivamente contribui para melhorar sua qualidade de vida e quanto ele está disposto a investir para obter esse benefício (ROMANO, 1995).

Quanto aos aspectos psicossociais, a literatura é mais extensa no tocante aos pacientes coronarianos. Quanto aos valvopatas, há escassez de estudos (RIBEIRO; RENGEL, 1992). Frente a isso interessamo-nos por pesquisar também esses

pacientes. Esperamos assim dar uma contribuição à comunidade científica no tocante à resposta psicossocial ao adoecer e ao cuidado aos pacientes coronarianos e com disfunções valvares.

Justificativas

Considerando que:

- o adoecer é um processo global e individual que envolve respostas orgânicas e psicossociais;
- a situação dos pacientes internados para tratamento cirúrgico de insuficiência coronariana (ICO) ou de disfunções valvares (VAL) 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 impotência - para que possamos conduzir o cuidado de forma integral e terapêutica;
- há associação, na literatura, entre “locus de controle” e impotência;

esta pesquisa teve a finalidade de explorar a resposta de impotência em doentes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, contribuindo para a construção do corpo de conhecimentos da disciplina enfermagem.

2- OBJETIVOS

1. Descrever a impotência quanto à frequência, intensidade e características definidoras no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgias de válvula e de coronárias.
2. Comparar a impotência (frequência e intensidade) entre os pacientes em pós-operatório de cirurgias de válvula e de coronárias.
3. Comparar o “locus de controle” em pacientes em pós-operatório de cirurgias de válvula e de coronárias.
4. Verificar se existe associação entre impotência (frequência e intensidade) e “locus de controle” nos pacientes em pós-operatório de cirurgia de válvula e de coronárias.

3- CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1- Local

O estudo foi realizado em clínicas de cirurgias cardíacas, determinadas mediante pedido de autorização às equipes médicas correspondentes e após o parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa, de um Hospital privado, de porte especial, com 1200 leitos, que presta atendimento em diversas áreas, especialmente em cardiologia; situado na capital São Paulo.

3.2- Casuística

A amostra deste estudo foi composta por dois grupos de pacientes: um grupo de pacientes em pós-operatório de revascularização de miocárdio (RM) por insuficiência coronariana (ICO) e o outro em pós-operatório para correção de disfunções valvares (VAL). Foram incluídos pacientes que atenderam aos seguintes critérios:

- Estar no mínimo no 5º pós-operatório, visto que antes disso julgou-se ser mais cansativo para o doente;
- Estar em condições de comunicação verbal;
- Consentir em participar do estudo.

Participaram a princípio 77 pacientes, sendo 47 pós-revascularização do miocárdio e 30 pós-correção de disfunções valvares.

A interpretação dos dados mostrou que o grau de certeza para afirmar a existência de impotência nos casos de dois pacientes submetidos à revascularização do miocárdio foi abaixo do desejável, procedimento descrito no item 3.5 - Julgamento quanto à impotência. Esse fato sustentou a decisão de excluí-los do estudo. Dessa forma, a amostra constituiu-se de **75 pacientes**: 45 em pós-operatório de revascularização do miocárdio por (ICO) e 30 em pós-operatório para correção de disfunções valvares (VAL).

Os grupos serão designados pelas siglas ICO e VAL para facilitar as descrições.

A Tabela 1, a seguir mostra as características demográficas e da internação desses pacientes, segundo os grupos a que pertenciam.

TABELA 1. Características demográficas e da internação da amostra, segundo os grupos (ICO / VAL). São Paulo, 1998.

Características	Grupos				Total	
	ICO		VAL		n	%
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	32	71,1	15	50,0	47	62,7
Feminino	13	28,9	15	50,0	28	37,3
Total	45	100	30	100	75	100
Idade (em anos)						
Variação	41-79		22-79		22-79	
Média (DP)	60,1 (9,5)		52,8 (15,1)		57,2 (12,5)	
Mediana	61		54,5		60	
Escolaridade (em anos)						
Variação	0-18		0-21		0-21	
Média (DP)	6,1 (4,4)		6,9 (4,9)		6,4 (4,6)	
Mediana	6		6,5		4	
Tempo de internação à coleta dos dados (em dias)						
Variação	6-38		6-36		6-38	
Média (DP)	17,2 (7,7)		17,0 (7,9)		17,2 (7,8)	
Mediana	15		14		15	
Tempo de pós-operatório à coleta dos dados (em dias)						
Variação	5-18		5-18		5-18	
Média	7,2		7,8		7,5	
Mediana	7		7		7	

3.3- Coleta dos Dados

3.3.1- Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos para coletar os dados. O primeiro, construído especificamente para este estudo, destinou-se à identificação de possíveis características definidoras do diagnóstico de impotência.

O segundo instrumento foi a Escala de “Locus de Controle” da Saúde (MHLC)- Multidimensional Health Locus of Control Scales de WALLSTON, K.A; WALLSTON, B.S.; DEVELLIS (1978) adaptada para a língua portuguesa por Marília Dela Coleta (DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F., 1996) - Escala de “Locus de Controle” da Saúde (MHLC).

Instrumento para a identificação de características definidoras da impotência

Para construir este instrumento, procedeu-se o levantamento bibliográfico das possíveis características definidoras de impotência cujo resultado está apresentado no ANEXO A. Foram identificadas 26 características definidoras para a impotência. Após estudá-las, aceitamos que algumas poderiam ser fundidas, chegando ao total de 17 características definidoras. Para cada característica definidora foi estabelecida uma definição segundo fontes consultadas (ANEXO B) para a construção de definições operacionais. Estas definições operacionais foram a base para a elaboração do formulário de entrevista (ANEXO C). Esta forma de coleta foi

escolhida pelo caráter subjetivo das características definidoras envolvidas. O conteúdo específico das características definidoras, no instrumento, foi precedido de uma parte para o registro dos dados demográficos e da internação do doente (ANEXO E). O restante do formulário constou de 30 perguntas e de um campo de notas que servia para a pesquisadora anotar dados relevantes de comunicação verbal e não-verbal do paciente no transcorrer da entrevista, sugerindo ou não a resposta de impotência (ANEXO D). As perguntas em número de 13 previam resposta em escala tipo Likert, de quatro pontos, de forma que o doente pudesse responder, quando adequado, a intensidade com que as características ocorriam com ele. Ficaram abertas oito questões para registrar dados qualitativos acerca da situação do paciente, sugerindo ou não a resposta do paciente de impotência e seis foram de respostas tipo sim/não e especifique; duas questões foram do tipo fechadas. A última pergunta do questionário, uma questão aberta sobre quanto controle o paciente sentia ter sobre a situação de saúde, foi intencionalmente a repetição de uma das primeiras perguntas (nº4). O objetivo foi analisar a consistência entre o início e o final da entrevista porque ao analisarmos o formulário, consideramos a possibilidade de ele conduzir o doente a pensar em sua situação e produzir modificações na forma de ele perceber o controle da situação de saúde. Tal consideração foi verificada mediante os resultados encontrados ao término das entrevistas com os 75 (100%) pacientes VAL e ICO. Verificamos que 55 (73,3%) pacientes mantiveram a percepção de controle sobre a situação de saúde; 12 (16,0%) pacientes iniciaram relatando percepção de controle e ao final da entrevista, relataram diminuição ou falta de controle e 8 (10,7%) pacientes iniciaram a entrevista com a percepção de falta de controle ou diminuição deste e ao final da entrevista perceberam-se com controle. Pela análise de correlação

- regressão linear - foi obtido um coeficiente de correlação $r= 0,169$ demonstrando a existência de correlação entre a questão (nº 4) e a (nº 30) do formulário.

O conceito de impotência está relacionado à percepção de controle das situações; neste caso específico, sobre a situação de saúde. O instrumento elaborado continha várias perguntas sobre o “grau de controle” que o paciente considerava ter em determinada situação. Durante o teste - piloto (com três doentes) observou-se que era possível o paciente ter interpretação errônea ou diversa sobre o que vinha a ser “controle” no contexto do estudo. Por isso, elaborou-se um texto (ANEXO F), cujo objetivo era expressar para o paciente a idéia de controle sobre a qual se trataria na entrevista. A pesquisadora lia 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.

Escala de Locus de Controle da Saúde (MHLC)

Essa escala (ANEXO G) foi publicada por WALLSTON, K.A; WALLSTON, B.S.; DEVELLIS (1978) e adaptada para a língua portuguesa por Marília Dela Coleta (DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F., 1996).

Foi proposto como um instrumento capaz de mensurar três dimensões do “Locus de Controle”: “Internalidade para a Saúde” (IHLC - Internal Health Locus of Control), “ Externalidade - Outros Poderosos para a Saúde”(PHLC - Powerful Others Health Locus of Control) e “Externalidade - Acaso para a Saúde”(CHLC - Chance Health Locus of Control). Os escores fornecem respectivamente o grau em que o

sujeito acredita que ele próprio, pessoas poderosas e o acaso controlam seu estado de saúde. São respondidas em escala tipo Likert, com cinco níveis (concordo totalmente, concordo em parte, indeciso, discordo em parte, discordo totalmente). Pode ser apresentada ao sujeito como uma escala única, onde os itens das sub-escalas se intercalam, ou pode-se utilizá-las separadamente. Neste estudo foi usada como escala única.

Características psicométricas e parâmetros principais

A escala traduzida foi aplicada a quatro amostras: 315 mulheres adultas, 580 universitários, 149 adultos jovens e 237 homens na faixa etária de 40 a 70 anos. Verificou-se a confiabilidade (consistência interna) pelo alfa de Cronbach, encontrando-se valores entre 0,62 e 0,67 para a sub-escala IHLC, 0,62 a 0,71 para a sub-escala PHLC e 0,51 a 0,78 para a sub-escala CHLC. Originalmente os coeficientes alfa encontrados com amostras norte-americanas foram semelhantes (0,61 a 0,72 para IHLC; 0,56 a 0,64 para PHLC e 0,47 a 0,70 para CHLC) (DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F. , 1996).

Com a amostra de sujeitos do sexo masculino, que incluía doentes cardiovasculares, foi feita uma análise dos componentes principais para verificar a validade fatorial das sub-escalas. Os itens agruparam-se, com carga fatorial maior que 0,30 nos fatores esperados, com exceção de dois de IHLC, que mostraram cargas mais baixas. Uma análise destes itens revelou que seu conteúdo refere-se a uma dimensão de culpa/ responsabilidade, enquanto os demais itens representam uma

dimensão de controle da saúde (DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F., 1996).

A sub-escala PHLC demonstrou validade de critério ao diferenciar significativamente ($F=19,1$ e $p < 0,0001$) nos grupos de sujeitos saudáveis ($X= 17,9$), de hipertensos ($X= 21,8$) e enfartados ($X= 22,4$), quando os grupos de doentes mostraram maior crença em pessoas poderosas, tais como o médico ou a família, em controlar sua saúde (DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F., 1996).

As escalas são auto-administráveis, mas podem-se obter as respostas verbalmente pela entrevista (por exemplo com sujeitos analfabetos ou fisicamente incapacitados) (DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F., 1996).

Para a obtenção dos escores finais, os valores dos itens referentes a cada sub-escala são somados da seguinte forma, segundo DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F. (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.

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, J.A; DELA COLETA, M.F., 1996).

A fórmula da Internalidade Total (TAMAYO, 1993) foi aplicada para constatar a predominância do “locus”:

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

i = score obtido em “internos”

op= score obtido em “outros poderosos”

ac= score obtido em “acaso”

3.4- Procedimentos de coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu após autorização emitida pela Comissão de Ética em Pesquisa e das equipes cardíocirúrgicas do Hospital pesquisado.

Os dados demográficos e sobre a internação (ANEXO E) foram coletados do prontuário e completados com o paciente durante a entrevista. A própria pesquisadora entrevistou os pacientes para coletar os dados do formulário (ANEXO D) e aplicou a Escala de “Locus de Controle” da Saúde (ANEXO G). Houve alternância na seqüência entre o formulário e a Escala de forma proposital, com o intuito de diminuir possíveis vieses decorrentes da influência de um procedimento sobre o conteúdo do outro.

Nota: * Fórmula indicada por DELA COLETA, J.A. In: TAMAYO, A. Locus de Control: diferencias por sexo y por edad. Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat. v.39, n.4, p.301-8, 1993.

3.5-Julgamento quanto à impotência

Para indicar se o paciente apresentava ou não a resposta de impotência, os dados do formulário de entrevista (ANEXO D) foram analisados pela autora e orientadora separadamente.

Cada uma indicava, separadamente, em impresso próprio (ANEXO H), para cada paciente, se cada uma das características definidoras estava ou não presente. Isoladamente também, cada uma indicava se cada paciente tinha impotência e, em caso positivo, qual o grau da impotência (1,2,ou 3), onde um é leve e três é intensa (ANEXO I). Terminado o julgamento dos dados de cada paciente, cada uma indicava, em escala de um a três, o grau de certeza para a afirmação diagnóstica, onde três é o grau máximo.

Após terem sido realizados esses procedimentos para os 75 pacientes, cada uma tomava conhecimento quanto aos graus de impotência e de certeza indicados pela outra. A autora registrava discriminadamente em folha única as pontuações da orientadora e as suas próprias (ANEXO J). Depois disso, em conjunto, a autora e orientadora liam a entrevista de cada paciente e procediam a verificação das características definidoras, conforme os registros separados (ANEXO H).

Orientadora e autora buscavam consenso quanto à presença ou não de cada característica definidora e quanto ao grau de impotência 0-3, sendo 0= ausência de impotência. Obtendo ou não esse consenso, cada juíza confirmava ou reajustava o grau da impotência e revia o grau de certeza para cada afirmação. Esses registros de conclusão encontram-se no ANEXO J.

Considerando que o baixo grau de certeza para afirmar o diagnóstico de impotência poderia conduzir à inclusão errônea de pacientes nas categorias de impotência, optamos arbitrariamente por não incluir nos resultados os dados dos pacientes para os quais as duas juízas tiveram grau de certeza igual a um quanto à existência ou não da resposta de impotência.

3.6- Análise e interpretação dos dados

Com os procedimentos descritos, obteve-se para cada paciente a estimativa de um grau de impotência, (0- sem impotência, 1- impotência leve, 2- impotência moderada, 3- impotência intensa) e três valores correspondentes às dimensões avaliadas pela Escala de “Locus de Controle”: interno, externo e acaso. Além disso, dispunha-se também das informações sobre cada característica definidora para cada paciente.

Todos esses dados, bem como os de identificação do doente e características da internação foram lançados em banco de dados do MICROSOFT Excel 7.0 .

Tratando-se de um estudo exploratório, descritivo, correlacional, os dados são apresentados em forma de tabelas, figuras e quadros, considerando-se a forma que mais facilitaria a compreensão dos achados desta pesquisa.

As variáveis submetidas a análises estatísticas foram :

- **Sexo** (masculino e feminino)
- **Idade** (em anos)
- **Escolaridade** (em anos de estudo)
- **Tempo de internação** (em dias)

- **Tipo de cirurgia** (VAL ou ICO)
- **Impotência** (sim e não)
- **Grau de impotência** (leve, moderada e intensa)
- **“Locus de controle” interno** (escore de 6 a 30)
- **“Locus de controle” externo** (escore de 6 a 30)
- **“Locus de controle” acaso** (escore de 6 a 30)
- **Internalidade Total** (escore de -24 a + 24)

A análise estatística foi dividida em cinco partes. São elas:

- Comparação dos grupos (VAL e ICO) segundo sexo, idade, escolaridade e tempo de internação;
- Comparação dos grupos (VAL e ICO) com relação à impotência;
- Comparação dos grupos (VAL e ICO) com relação ao “locus de controle”;
- Análise de associações entre “locus de controle” e impotência;
- Análise complementar.

Comparação dos grupos (VAL e ICO) em relação ao sexo, idade, escolaridade e tempo de internação.

Esse primeiro conjunto de análises visou a estudar a homogeneidade dos grupos quanto ao sexo, idade, escolaridade e tempo de internação, ou seja, verificar se eles eram comparáveis quanto a essas variáveis. Para isso, comparamos as distribuições entre homens e mulheres nos dois grupos, as médias de idade, de anos de estudo e de dias de internação. Como dessa análise dependiam decisões sobre a condução dos outros testes, os resultados dela serão apresentados a seguir.

Para comparar as distribuições quanto ao sexo foi utilizado o teste Qui-quadrado (BUSSAB; MORETTIN, 1995), cujo resultado, em nível de 5% mostrou que as diferenças de distribuição quanto ao sexo entre os grupos não foram estatisticamente significantes, embora houvesse tendência de maior proporção de homens no grupo de ICO. A Tabela 2 mostra-nos essas informações.

TABELA 2. Resultados do teste Qui-quadrado sobre as distribuições quanto ao sexo nos grupos VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Sexo	Grupos				Teste qui-quadrado p-value
	VAL		ICO		
	n	%	n	%	
Masculino	15	50,0	32	71,0	0,064
Feminino	15	50,0	13	29,0	
Total	30	100	45	100	

Esse resultado fundamentou a decisão de analisar as variáveis de “locus de controle” e de impotência frente ao sexo da amostra.

Para as comparações entre os grupos, das médias de idade, de anos de escolaridade e de dias de internação, foi feita uma análise visando a identificar valores discrepantes (“outliers”). Este tipo de análise é importante, pois em amostras relativamente pequenas valores muito acima ou abaixo dos demais podem influenciar consideravelmente as médias. Assim, foram construídos diagramas do tipo “box-plot” (BUSSAB; MORETTIN, 1987) que apresentamos a seguir:

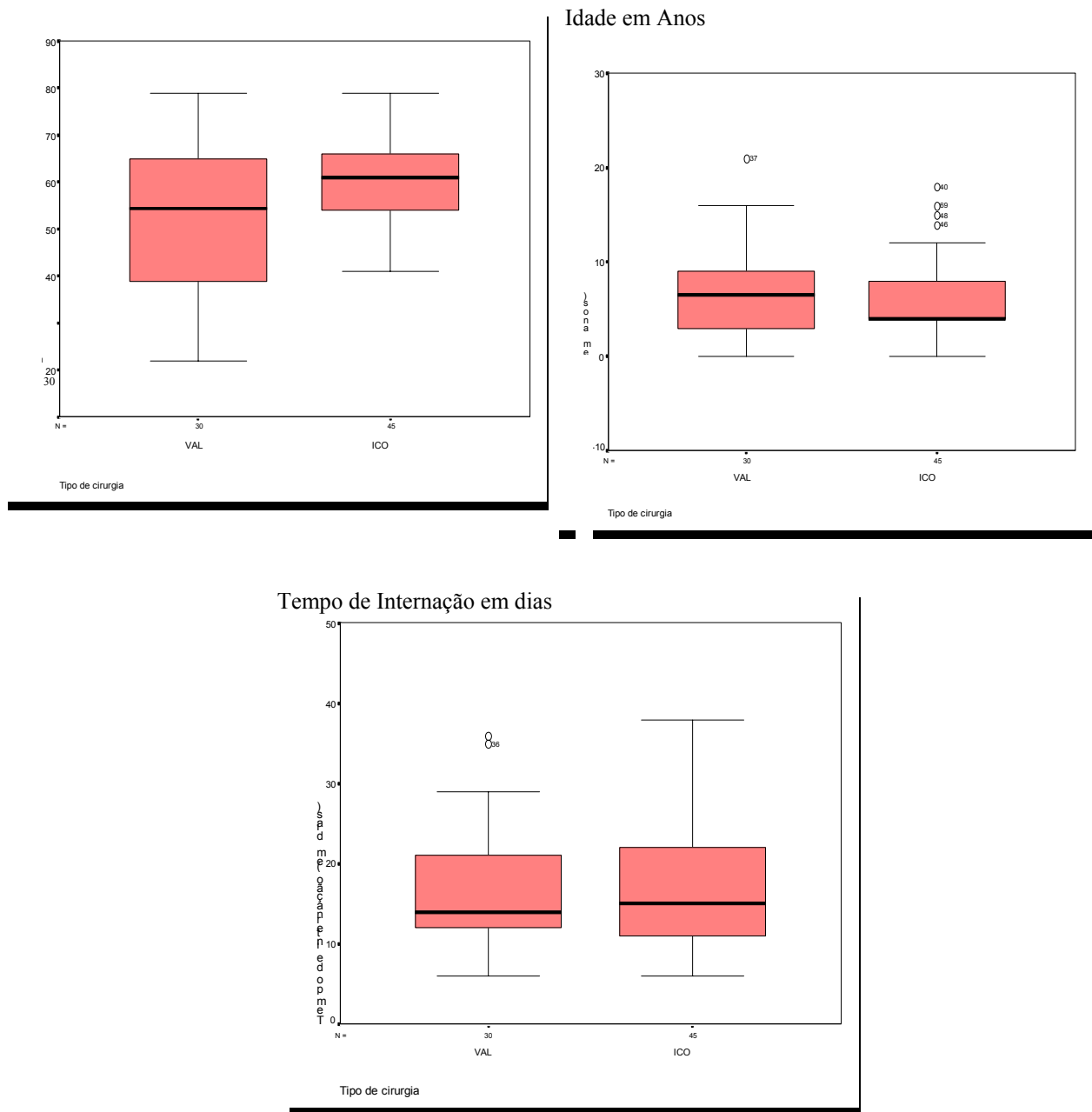


FIGURA 2. “Box-plots” para as variáveis quantitativas (idade, escolaridade e tempo de internação), segundo os grupos VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Nos diagramas anteriores notamos a presença de alguns valores extremos, principalmente para a variável escolaridade. Entretanto, observando as distribuições concluímos que esses valores não foram suficientemente discrepantes a ponto de influenciarem os resultados e decidimos, portanto, mantê-los na comparação de médias.

O segundo passo, ainda antes dos testes para comparar as médias, foi testar a hipótese de que os valores dessas variáveis (idade, escolaridade, tempo de internação) seguissem uma distribuição normal. O tipo de teste ajuda a optar entre testes paramétricos e não-paramétricos. Isto foi feito através do teste de Kolmogorov-Smirnov (SIEGEL, 1975), cujos resultados são apresentados na Tabela 3 .

TABELA 3. Resultados do teste de normalidade para as variáveis quantitativas (idade, escolaridade, tempo de internação). São Paulo, 1998.

Variáveis	Teste de Kolmogorov -Smirnov (K-S)
	p-value
Idade (em anos)	0,155
Escolaridade (em anos)	0,000*
Tempo de internação (em dias)	0,051*

*significante

Os dados da Tabela 3 mostram que os valores das variáveis escolaridade e tempo de internação não seguiam uma distribuição normal. Apesar de na variável tempo de internação o valor de p ser maior que 0,05 optou-se por considerá-lo significativo visto estar muito próximo desse limite.

A normalidade é uma das suposições essenciais para a utilização do teste t de Student, utilizado quando se deseja comparar duas médias. Neste caso, para as variáveis cuja normalidade não pode ser assumida, o teste não - paramétrico indicado é o de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975). Os resultados dos testes: (teste t , Mann-Whitney) estão apresentados na Tabela 4 a seguir.

TABELA 4. Resultados dos testes de comparação das variáveis quantitativas (idade, escolaridade e tempo de internação) entre os grupos VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Variável	VAL	ICO	p-value e
	média (dp)	média (dp)	tipo de teste
Idade (em anos)	52,8 (15,1)	60,1 (9,5)	0,023* (t de Student)
Escolaridade (em anos)	6,9 (4,9)	6,1 (4,4)	0,626 (Mann-Whitney)
Tempo de internação (em dias)	17,1 (8,0)	17,2 (7,8)	0,905 (Mann-Whitney)

* significativa

Os resultados da Tabela 4 mostram que apenas a comparação em relação à idade foi significativa ($p=0,023$), indicando que os pós-operados de ICO são um pouco mais idosos (em média 7 anos a mais) que os de VAL. Não houve diferença estatística (nível 5%) em relação à escolaridade ($p= 0,626$) e ao tempo de internação ($p=0,905$).

Com esse primeiro conjunto de análises podemos aceitar que os grupos (VAL e ICO) apresentavam-se homogêneos quanto às variáveis sexo, escolaridade e tempo de internação. A idade foi significativamente maior no grupo ICO. Essa interpretação mostra que os resultados relativos às variáveis impotência e “locus de controle” deverão ser considerados frente a possível influência da diferença de idade entre os grupos.

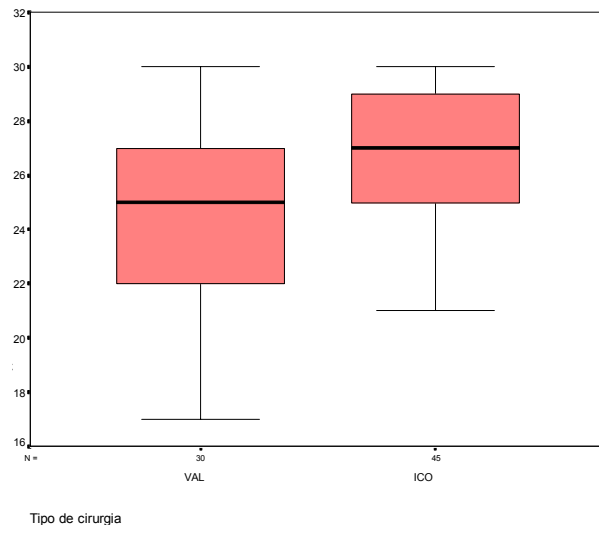
Comparação dos grupos (VAL e ICO) em relação a impotência

Para estudar a associação entre tipo de cirurgia e impotência, foi comparada a proporção de impotentes e não impotentes nos dois grupos de pacientes e em seguida, considerando apenas os impotentes, avaliaram-se as distribuições em relação aos graus da impotência. Essas comparações foram feitas pelo teste Qui-quadrado (BUSSAB; MORETTIN, 1995).

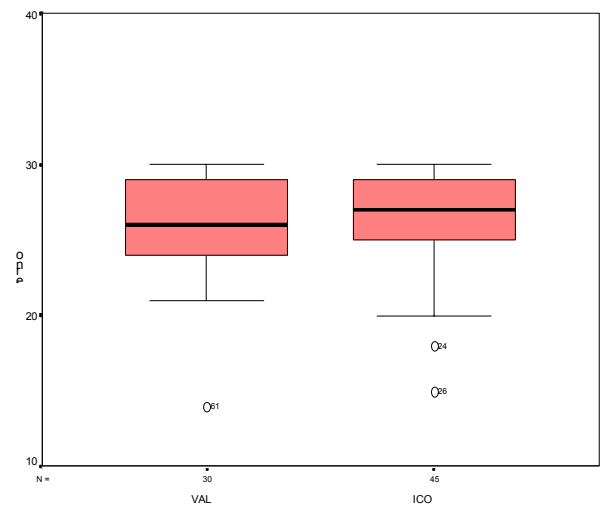
Comparação dos grupos (VAL e ICO) em relação ao “locus de controle”

Para analisar a associação entre tipo de cirurgia e “locus de controle” foram comparados os escores do “locus” interno, externo e acaso, e a internalidade total nos dois grupos. Foram aplicados testes t-Student (BUSSAB; MORETTIN, 1987) e de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975) conforme a melhor indicação dada pelas análises de dados discrepantes e de normalidade de distribuição dos valores dessas variáveis. A Figura 3 e a Tabela 5 mostram os resultados dessas análises.

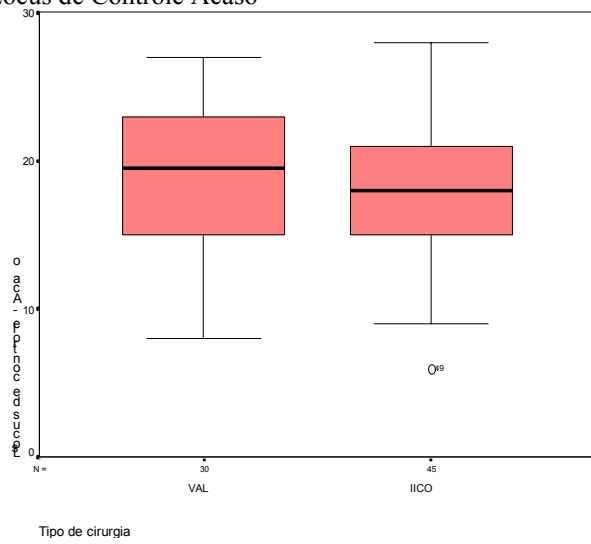
Locus de Controle Interno



Locus de Controle Externo



Locus de Controle Acaso



Internalidade Total

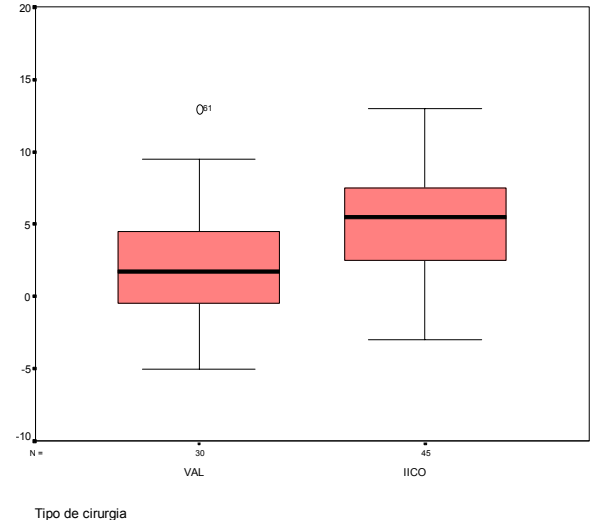


FIGURA 3. “Box-plots” para as variáveis de “locus de controle” nos pacientes VAL e ICO. São Paulo, 1998 .

Apesar de observarmos alguns escores de “locus” externo abaixo dos demais, não consideramos que estivessem provocando alguma tendência na análise não havendo, portanto, motivos para excluí-los.

TABELA 5. Resultados do teste de normalidade para as variáveis de “locus de controle”. São Paulo, 1998.

Variáveis	Teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S)
	p-value
“Locus” Interno	0,143
“Locus” Externo	0,087
“Locus” Acaso	0,767
Internalidade Total	0,886

A rigor, nenhuma das variáveis violou a suposição de normalidade. Entretanto, para o “locus” externo existe uma tendência, o que sugeriu que fosse aplicado também o teste não-paramétrico. Dessa forma, para comparar os dois grupos quanto ao “locus” de controle foram aplicados os testes de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975) e o t de Student (BUSSAB; MORETTIN, 1987).

Associação entre impotência e “locus de controle”

Para estudar a relação entre impotência e “locus de controle” foram comparados os escores dos três “locus” e da internalidade total entre impotentes e não impotentes. Os testes utilizados foram o teste t de Student e de Mann-Whitney. Isso foi feito considerando três conjuntos: o total de pacientes, só pacientes VAL e só pacientes ICO.

Visando a avaliar a relação entre o “locus de controle” e o grau da impotência, foram comparados os escores de “locus” entre impotentes com grau leve, moderado e intenso. Por tratar-se de uma comparação de três médias, foi utilizada a técnica de Análise de Variância (ANOVA) (VIEIRA,1980). Como o número de pacientes em cada grupo é relativamente pequeno, o que pode causar dúvidas em relação à normalidade, utilizamos também o teste de Kruskal-Wallis (SIEGEL, 1975) que é o teste não-paramétrico correspondente à ANOVA.

Análise complementar

Como observamos anteriormente, os dois grupos (ICO e VAL) diferiam significativamente em relação à idade (Tabela 4). Houve tendência a maior número de homens no grupo ICO (Tabela 2) apesar de não ser significativo. Portanto, seria interessante verificar se essas duas variáveis têm alguma influência sobre a impotência e o “locus de controle” na amostra estudada. Nessa etapa foram aplicados o teste Qui Quadrado (BUSSAB; MORETTIN, 1995; SIEGEL, 1975), o Fisher (SIEGEL, 1975), t de Student e Mann-Whitney para estudar as diferenças segundo o sexo.

Para analisar as diferenças das médias de idade entre impotentes e não impotentes , utilizamos o t de Student e Mann-Whitney.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo contém a descrição e discussão dos resultados com suas implicações para a prática e pesquisa na Enfermagem.

A forma de apresentação dos resultados faz-se mediante os objetivos propostos neste estudo.

4.1- Descrição da impotência no pós-operatório de cirurgia cardíaca

Para caracterizar a impotência quanto a frequência, intensidade e características definidoras em pacientes VAL e ICO, em pós-operatório de cirurgia cardíaca, serão inicialmente apresentados os resultados quanto à frequência da impotência, que estão na Tabela 6.

TABELA 6. Frequência da impotência segundo os grupos VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Impotência	Grupos				TOTAL	
	VAL		ICO		n	%
	n	%	n	%		
Não	12	16,0	19	25,3	31	41,3
Sim	18	24,0	26	34,7	44	58,7
Total	30	40,0	45	60,0	75	100

Observamos na Tabela 6 que 44 (58,7%) pacientes apresentaram impotência. Podemos considerar como importante a frequência da impotência nessa amostra, o que nos leva a afirmar, segundo McFARLAND; McFARLANE (1989), que a população de risco para se desenvolver a impotência é expressiva e que a percepção da impotência é uma condição que afeta as pessoas durante toda a vida (KUBSCH; WICHOWSKI, 1997). No entanto, a falta de publicações de pesquisas sobre a frequência de impotência ainda nos impede de fazer qualquer comparação, ou aprofundar a discussão desse resultado. MARIA (1997) relata as “poucas experiências que têm sido encontradas com a utilização dos diagnósticos de enfermagem na assistência aos pacientes cardíacos, na literatura brasileira assim como na literatura norte-americana onde os diagnósticos vêm sendo estudados desde 1950”.

Alguns comentários merecem ser feitos quanto à frequência da impotência em pacientes cardíacos. CAMPOS (1992) em seu estudo sobre cardíacos salienta o modo de esses pacientes viverem sua doença. Esse modo varia de pessoa para pessoa, emergindo invariavelmente de um sentimento básico: ameaça de perder. Perder a vida, os familiares, o poder.

HELGESON (1992) hipotetizou que pacientes cardíacos submetidos a tratamento medicamentoso sentem-se com certo controle da situação e acreditam que controlam a doença, mas, em tratamentos que requerem intervenções cirúrgicas, acesso invasivo, o paciente cardíaco encontra-se sob controle de outros, por exemplo, do médico, percebendo-se com falta de controle sobre a situação e acreditando que suas ações não irão afetar os resultados.

Com base no instrumento elaborado para esse estudo (ANEXO D), os pacientes VAL e ICO relataram dados qualitativos em oito questões acerca de sua situação e estes eram registrados, assim como suas manifestações não-verbais em um campo de notas.

Destacaremos relatos que sugeriram ou complementaram nossa afirmação diagnóstica.

RICCIO et al (1995) “ressaltam que o padrão “Perceber” depende da descrição e da conscientização do paciente em identificar falhas no seu sistema sensorio/ perceptivo, portanto, os enfermeiros devem estar alertas quanto a essa questão”. O diagnóstico impotência, uma vez inserido nesse padrão “Perceber,” deve ser foco de atenção à enfermagem. Dessa forma, deve-se dar espaço para o paciente se expor, extraindo de seu discurso os dados relevantes.

Quando a enfermeira obtém dados de seu cliente, não apenas quantitativamente, mas qualitativamente com relação aos seus problemas, mais elementos terá em suas mãos para estabelecer o processo de avaliação, tornando rica a análise e, conseqüentemente, aperfeiçoando os resultados almejados (RICCIO, et al 1995). Falas de 47 doentes tiveram conteúdo explícito de sentimentos de falta de controle. Desses 47 doentes, apenas 44 tiveram o diagnóstico de impotência com base na interpretação do conjunto das suas respostas. Isso sugere que, para avaliar a resposta de impotência, é necessária uma exploração mais abrangente do que apenas uma expressão isolada. Apresentaremos a seguir essas 47 falas. Estão indicadas com asterisco aquelas que se referem aos três doentes sem impotência:

-“Me incomoda ficar presa aqui, minha emoção está a flor da pele, sinto angústia, não sei se consigo controlar a situação...”

- *“Sinto que tenho pouca segurança, não tenho esperança no amanhã...”*
- *“Essa doença é ruim, não posso fazer nada; espero recuperar, não sei, tenho que aceitar tudo o que o médico e a enfermeira falam, não tenho voz e nem vez...”*
- *“Não agüento ficar parado aqui, é a mesma coisa que ficar preso na cadeia...”*
- *“É dolorido sair de casa, estou mais triste, sozinho, sensível...”*
- *“Fico deprimido por não opinar muito no tratamento e ser obrigado a fazer o que os médicos querem, exigem...”*
- *“Não tinha paciência com as coisas, agora aceitei a doença (choro)...”*
- *“Não posso ser como eu era antes, livre, tinha meus objetivos...”*
- *“Estou cansado de lutar contra a doença, agora aceito tudo...”*
- *“Estou mais emotiva, dependo o tempo todo dos outros, não tenho certeza de nada, não consigo controlar minha situação e o tratamento...”*
- *“Situação super difícil, vivo em perigo, não sei o que acontecerá comigo, fiquei chorona. Ao menor sinal chamo o médico, não sei o que poderá acontecer...”*
- *“Não é fácil estabelecer objetivos pessoais, descuidei da saúde, não sei o que será de mim...”*
- *“Estou muito emotivo, sinto algum controle, não sei...”*
- *“Antigamente sentia controle, agora pouco porque o médico, a enfermeira e a doença em si me limitam...” **
- *“Luto para controlar a situação , me sinto presa...”*
- *“Sinto falta de minha independência, para fazer tudo o que os médicos e enfermagem falam preciso ter certo controle...”*

- “Choro, cubro o lençol no rosto, não quero ver mais as pessoas entrando e saindo do quarto, dependo dos outros para tudo, não tenho acesso no tratamento, não sei o que virá no futuro...”
- “Não agüento essa dependência (choro)...”
- “Não esperava essa doença e cirurgia, minha vida tumultuou toda. Foi um baque grande...”
- “Não agüento ficar imóvel, sem fazer nada, aceito tudo o que os outros falam, minha vida modificou...”
- “Estou preocupada porque até agora não me recuperei, não sei coordenar a situação...”
- “Uma experiência ruim, tento ao máximo o controle da situação, porém não consigo, dependo dos médicos...”
- “É um momento de experiência, fiquei mais triste, enxerguei a realidade, dependo dos outros para tudo...”
- “Uma situação ruim; não tenho controle da situação...”
- “A gente tem que passar por isso... (choro)...”
- “À noite não consigo dormir, me estabelecer; devido ao ambiente; estranho tudo e todos. Acaba com a minha vida...”
- “Tento fazer o que é preciso, mas não depende de mim para controlar a situação, só do médico...”
- “Sinto que não poderei mais fazer as coisas que fazia, tenho que pensar...”
- “Me sinto horrível, desanimada, sem controle do ambiente e das pessoas...”
- “Sinto aqui seguro, em casa não. Fico deprimido, não sei se viverei mais, até quando?...”

-“Não tenho mais objetivos pessoais, acho que nenhum controle. Não sei se vale a pena ter...”

-“Estou mais triste, chorona, não me arrumo como antes. Infeliz por ter abandonado minha costura. Essa doença não tem trazido nada de bom, não sinto controle de mais nada...”

-“Me incomoda estar em outro ambiente com as pessoas me policiando...”

-“Não tenho condições de falar com esse meu estado. Olhe para mim, olhe minha barriga, minha perna, a cirurgia...”

-“Sinto com bem menos controle que tinha devido às circunstâncias; estou abandonada, sem forças para reagir...”

-“Me sinto inútil, estou na dependência. É constrangedor...”

-“Essa situação interrompe uma série de atividades da pessoa. Como posso ter? O futuro a Deus pertence...” *

-“Tenho tristeza, vontade de ficar deitada com o lençol no rosto coberto, só isso...”

-“Fico chateada por não sentir controle, acho que nunca tive, pois estou novamente aqui...”

-“Sinto-me péssima com a situação, falta liberdade em atuar na situação...”

-“Não se pode dormir por incômodo de pessoas para verem a pressão, febre, e dar remédio; é uma invasão de privacidade e conforto. Os médicos não dizem nada...” *

-“Amanheço e durmo pensando e vendo se melhorei. Não falam nada, me sinto frágil...”

-“Falta vontade de viver, não tenho capacidade de dirigir essa situação...”

-“Aqui não tenho controle de nada, tenho que obedecer para sair logo daqui...”

-“Estou mais devagar agora, não tenho controle da situação, pois quem sabem comandar é o médico e a enfermeira...”

-“Obedecer as ordens médicas e da enfermagem fogem do meu controle...”

-“Sou um cara fraco nesse sentido de controle...”

Uma vez percebendo-se a falta de controle sobre a situação e eventos de sua vida, o paciente cardíaco poderá apresentar a resposta de impotência. Essa resposta psicossocial - impotência - é um sentimento que todas as pessoas experimentam variando em grau e situação (CARPENITO, 1995).

Os dados obtidos neste estudo permitiram inferir a intensidade da impotência nos grupos VAL e ICO conforme apresentado na Tabela 7.

TABELA 7. Distribuição dos doentes avaliados como impotentes (n= 44) segundo a intensidade da impotência e os grupos (VAL e ICO). São Paulo, 1998.

Intensidade de impotência	Grupos					
	VAL		ICO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Leve	9	50,0	11	42,0	20	45,4
Moderada	5	28,0	10	39,0	15	34,1
Intensa	4	22,0	5	19,0	9	20,4
Total	18	41,0	26	59,0	44	100

Como mostra a Tabela 7, houve predominância de impotência de grau leve, estimada para 20 doentes (45,4%); e 9 doentes (20,4%) apresentaram impotência intensa.

A ausência de publicações a esse respeito, mais uma vez, impede-nos de aprofundar as discussões dos graus de impotência nessa amostra. De qualquer forma, vale abrir a discussão a respeito da importância clínica dessa estratificação da impotência em graus. É possível que graus diferentes de impotência tenham distintas influências nas formas e resultados de os pacientes lidarem com suas enfermidades e processos de recuperação. Dada a relativa novidade do assunto, tais especulações poderão ser colocadas na forma de hipóteses testáveis somente à medida que o conceito “impotência” for desenvolvido, permitindo proposições teóricas adequadas.

A impotência como uma variável psicossocial tem atributos que não podem ser diretamente mensurados. Para afirmar clinicamente a sua presença esses atributos são inferidos. Como a impotência é indicada por diferentes atributos que necessitam ainda de estudos que os fortaleçam, apresentamos, a seguir, como as características definidoras, variáveis para a afirmação de impotência, se comportaram nos doentes com e sem impotência.

A Tabela 8, a seguir, mostra as frequências de características definidoras nos doentes com e sem impotência e os resultados do teste de Qui-quadrado ou Fisher sobre essas proporções.

TABELA 8. Frequências das características definidoras nos doentes com e sem impotência e os resultados do teste de Qui-quadrado/Fisher sobre essas proporções.

São Paulo, 1998.

PRESENÇA DE IMPOTÊNCIA					
Características Definidoras	Sim (n=44)		Não (n=31)		Valores de p Qui-quadrado/ Fisher
	n	%	n	%	
1-Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação.	34	77,3	4	12,9	0,000*
2-Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influência sobre um resultado.	11	25,0	1	3,2	0,009*
3-Expressões verbais relativas à falta total de controle sobre o autocuidado.	16	36,4	1	3,2	0,001*
4-Depressão causada pela deterioração física que ocorre apesar de estar seguindo as condutas determinadas.	12	27,3	-	-	0,000*
5-Passividade.	18	40,9	1	3,2	0,000*
6-Apatia.	8	18,2	-	-	0,010*
7-Indiferença ao cuidado ou ao processo de decisão quando há oportunidade.	15	34,1	7	22,6	0,411
8-Expressões de insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais.	25	56,8	11	35,5	0,112
9-Expressão de dúvida acerca do desempenho de papéis.	28	63,6	5	16,1	0,000*
10-Relutância para expressar os verdadeiros sentimentos demonstrando medo de distanciamento das pessoas que lhe prestam cuidado.	11	25,0	5	16,1	0,523
11-Inabilidade para buscar informações acerca do cuidado.	19	43,2	5	16,1	0,026*
12-Dependência de outros, que pode resultar em irritabilidade, ressentimento, raiva e culpa.	20	45,4	9	29,0	0,231
13-Falta de manutenção das práticas de autocuidado quando desafiado.	14	31,8	4	12,9	0,106
14-Expressão de incerteza sobre os resultados do tratamento.	9	20,4	-	-	0,005*
15-Ausência de observação de progressos obtidos.	18	40,9	-	-	0,000*
16-Dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos.	33	75,0	9	29,0	0,000*
17-Expressões de incerteza à respeito de níveis flutuantes de energia.	22	50,0	6	19,4	0,013*

* significativa ao nível de 0,05.

As características definidoras mais freqüentes nos doentes sem impotência foram : “8” - Expressões de insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais (35,5%), “12”- Dependência de outros, que pode resultar em irritabilidade, ressentimento, raiva e culpa (29,0%) e a “16”- Dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos pessoais (29,0%). Podemos inferir que essas características definidoras estão presentes nessa amostra em razão das circunstâncias em que se encontravam os pacientes, porém, não foram suficientes para sustentar o diagnóstico de impotência, talvez pelo fato de que sozinhas, ou nas combinações em que apareceram, não se enquadraram no mérito do conceito da impotência nem nos critérios de avaliação.

Quanto aos pacientes impotentes, as características definidoras mais freqüentes foram: “1”- Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação (77,3%), “8”- Expressões de insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais (56,8%), “9”- Expressão de dúvida acerca do desempenho de papéis (63,6%), “16”- Dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos (75,0%). A maioria dessas características foram consideradas como indicadores de impotência intensa e moderada nas seguintes referências: NANDA (1996,1999); DOENGES; MOORHOUSE (1999); CARPENITO (1998) e NÓBREGA; GARCIA (1994). Essas características definidoras se valeram para afirmar a presença e o grau da resposta psicossocial – impotência – nessa amostra.

A NANDA (1996) afirma que quando existem características definidoras críticas, fica mais fácil para a enfermeira tomar as decisões para confirmar o

diagnóstico. Características definidoras críticas são aquelas que devem estar presentes para confirmar o diagnóstico.

MILLER (1984, 1992b), que contribuiu significativamente para o estudo desse diagnóstico, relata como característica definidora crítica da impotência intensa a falta de controle de uma situação ou evento (DUNN, 1998). Podemos constatar que essa característica definidora foi a mais freqüente (n=34) entre os 44 doentes com impotência. Dos 31 pacientes não impotentes, percebe-se somente quatro pacientes com essa característica definidora. Apesar da freqüência não ter sido significativa, a ocorrência dessa manifestação entre doentes sem o diagnóstico de impotência lança alguma dúvida quanto a ser mesmo uma característica definidora crítica.

BARRY (1996b) afirma que os pacientes com doenças cardíacas também apresentam com freqüência o diagnóstico impotência, descrevendo as seguintes características, relacionando-as aos limites e à letalidade da doença, ao “coping” ineficaz associado a repressão dos sentimentos e às emoções nos relacionamentos, às dificuldades de aceitar e cumprir os regimes e ao tratamento imposto, às mudanças no estilo de vida a que o paciente tem de se submeter, ao sentimento de ameaça de perdas, aos distúrbios na auto-estima relacionados às restrições de atividades e fadiga, às mudanças no desempenho de papéis na família e no grupo, às alterações no desempenho sexual relacionadas ao medo, etc.

Ao analisarmos ainda nas características definidoras da impotência os valores dos testes Qui-quadrado ou Fisher, podemos observar valores significantes em nível de 0,05 nas seguintes características definidoras: 1- Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação (p=0,000); 2- Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influência sobre um resultado (p=0,009); 3-

Expressões relativas à falta total de controle sobre o autocuidado ($p=0,001$); 4- Depressão causada pela deterioração física que ocorre apesar de estar seguindo as condutas determinadas ($p=0,000$); 5- Passividade ($p=0,000$); 6-Apatia ($p=0,010$); 9- Expressão de dúvida acerca do desempenho de papéis ($p=0,000$); 11- Inabilidade para buscar informações acerca do cuidado ($p=0,026$); 14- Expressão de incerteza sobre os resultados do tratamento ($p=0,005$); 15- Ausência de observação de progressos obtidos ($p=0,000$); 16- Dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos ($p=0,000$); 17- Expressões de incerteza à respeito de níveis flutuantes de energia ($p=0,013$). Tais valores significantes nos revelam a importante associação e peso destas características na afirmação da presença do diagnóstico impotência nessa amostra de pacientes cardíacos.

A Tabela 9, a seguir, mostra como as características definidoras distribuíram-se entre os graus de impotência.

TABELA 9. Frequência de ocorrência das características definidoras, segundo a presença e grau da impotência em pacientes em PO de cirurgia cardíaca. São Paulo, 1998.

Características Definidoras	IMPOTÊNCIA							
	Leve (n= 20)		Moderada (n=15)		Intensa (n=9)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação.	13	38,2	13	38,2	8	23,5	34	100
2-Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influência sobre um resultado.	-	-	4	36,4	7	63,6	11	100
3-Expressões verbais relativas à falta total de controle sobre o autocuidado.	4	25,0	5	31,2	7	43,8	16	100
4-Depressão causada pela deterioração física que ocorre apesar de estar seguindo as condutas determinadas.	2	16,7	5	41,7	5	41,6	12	100
5-Passividade	6	33,3	5	27,8	7	38,9	18	100
6-Apatia	1	12,5	4	50,0	3	37,5	8	100
7-Indiferença ao cuidado ou ao processo de decisão quando há oportunidade.	6	40,0	5	33,3	4	26,7	15	100
8-Expressões de insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais.	11	44,0	8	32,0	6	24,0	25	100
9-Expressão de dúvida acerca do desempenho de papéis.	11	39,3	8	28,6	9	32,1	28	100
10-Relutância para expressar os verdadeiros sentimentos demonstrando medo de distanciamento das pessoas que lhe prestam cuidado.	5	45,4	4	36,4	2	18,2	11	100
11-Inabilidade para buscar informações acerca do cuidado.	10	52,6	4	21,1	5	26,3	19	100
12-Dependência de outros, que pode resultar em irritabilidade, ressentimento, raiva e culpa.	5	25,0	10	50,0	5	25,0	20	100
13-Falta de manutenção das práticas de autocuidado quando desafiado.	6	42,8	4	28,6	4	28,6	14	100
14-Expressão de incerteza sobre os resultados do tratamento.	2	22,2	4	44,4	3	33,3	9	100
15-Ausência de observação de progressos obtidos	7	38,9	3	16,7	8	44,4	18	100
16-Dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos.	13	39,4	11	33,3	9	27,3	33	100
17-Expressões de incerteza à respeito de níveis flutuantes de energia.	4	18,2	9	40,9	9	40,9	22	100

Cálculos sobre os dados da Tabela 9, mostram que no grau leve de impotência nos 20 (100%) pacientes prevaleceram as seguintes características definidoras:

- expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação – 13(65,0%) pacientes.
- expressões de insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais – 11(55,0%).
- expressão de dúvida acerca do desempenho de papéis – 11(55,0%) pacientes.
- inabilidade para buscar informações acerca do cuidado – 10 (50,0%) pacientes.
- dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos – 13 (65,0%) pacientes.

Verifica-se no grau leve de impotência que as características definidoras citadas ou encontradas atingem um pouco acima de 50,0% dos pacientes com essa intensidade da resposta.

No tocante ao grau moderado da impotência, dos 15 (100%) pacientes que apresentaram essa intensidade, ocorreram as seguintes características definidoras:

- 13 (86,6%) referiram expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação;
- 10 (66,6%) citaram a dependência de outros, que pode resultar em irritabilidade, ressentimento, raiva e culpa;
- 11(73,3 %) tinham dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos.

Essas três características definidoras ocorreram entre 66,6% e 86,6% dos pacientes da amostra, sugerindo que elas talvez sejam importantes para caracterizar esse grau de impotência.

Quanto ao grau intenso da impotência, dos 9 (100%) pacientes, todos (100%) expressaram dúvida acerca do desempenho de papéis, tinham dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos e expressaram incerteza a respeito de níveis flutuantes de energia, 8 (88,8%) pacientes não observavam os progressos obtidos, citaram expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação, 7 (77,7 %) pacientes expressaram verbalmente falta de controle ou de influência sobre um resultado, expressaram a falta total de controle sobre o autocuidado e passividade, 6 (66,6%) expressaram insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e /ou atividades pessoais.

Notamos nesse grau de intensidade de impotência a totalidade dos pacientes com características definidoras classificadas pela NANDA (1996, 1999) e McFARLAND; McFARLANE (1989); GORDON (1997); MILLER (1983, 1992b) como de impotência intensa e moderada.

Os resultados, porém, mostram a necessidade de estudos com amostras maiores de pacientes com e sem impotência de forma que se possam analisar as interações mútuas das características definidoras como fundamentos para as afirmações diagnósticas.

O diagnóstico “powerlessness” - impotência - , do Padrão Perceber (NANDA, 1996), embora ainda seja um diagnóstico de difícil identificação, por se tratar de uma resposta humana centrada em manifestações comportamentais,

cognitivas e emocionais, parece se fazer muito presente nos pacientes e constitui, sem dúvida, também segundo MARIA (1997); CARVALHO; COLER (1995) grande desafio à enfermagem.

“O foco da enfermagem ainda está fortemente centrado na área física, o que não é visto como um erro, mas sim, um descompasso entre o discurso e a prática. O primeiro prega uma assistência integral que inclui aspectos sociais, psicobiológicos e espirituais, mas a prática está centrada no biológico, nos diagnósticos médicos e na tecnologia” (MARIA, 1997).

Ao analisarem as implicações dos aspectos bio-psico-sócio-espirituais na enfermagem cardiovascular DOSSEY; GUZZETTA (1994) apud MARIA (1997), comentam que um dos maiores desafios para as investigações científicas é determinar as conexões do espírito humano, das emoções, do amor, das atitudes, significados e propósitos com alterações psicobiológicas e fisiopatológicas. Elas referem que as enfermeiras devem aprender a incorporar intervenções designadas para tratar seqüelas do físico assim como do psíquico e do espiritual, inerentes a toda doença.

Com base nesse primeiro objetivo- descrever a impotência quanto à frequência, intensidade e características definidoras no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgias de válvula e de coronárias, citamos McFARLAND; McFARLANE (1989) que ressaltam que as enfermeiras devem estar alertas para as características definidoras da impotência na avaliação. A equipe de saúde pode desumanizar o paciente por remover seus objetos pessoais, ignorar sua privacidade e necessidades, limitando o acesso para autocuidado, supervisionando continuamente ou excessivamente e restringindo a participação necessária. Essas interações pessoais

podem desencorajar o envolvimento do paciente no cuidado, diminuindo a participação no programa de recuperação, reforçando fracassos prévios interpessoais, ou diminuindo o senso de controle sobre seu cuidado de saúde.

4.2- Comparação da impotência no pós-operatório de cirurgias cardíacas nos pacientes VAL e ICO.

Apresentaremos os resultados e discussões relativos à frequência e às intensidades da impotência, comparando os pacientes em pós-operatório de válvula e de coronária. A Tabela 10 mostra a frequência da impotência nos grupos VAL e ICO e respectivo resultado do teste Qui-quadrado.

TABELA 10. Frequência da impotência e resultado do teste Qui-quadrado segundo grupos VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Variável	VAL		ICO		p-value Teste qui-quadrado
	(n=30)		(n=45)		
	n	%	n	%	
Impotência					
Sim	18	60,0	26	58,0	0,848
Não	12	40,0	19	42,0	

A Tabela 11 nos mostra o grau da impotência comparando sua frequência nos grupos VAL e ICO.

Tabela 11. Intensidade da impotência nos grupos VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Variável	VAL		ICO		p-value Teste qui-quadrado
	(n=18)		(n=26)		
	n	%	n	%	
Grau de impotência					
Leve	9	50,0	11	42,0	0,763
Moderada	5	28,0	10	39,0	
Intensa	4	22,0	5	19,0	

Observamos pelas Tabelas 10 e 11 que a proporção de impotentes nos dois grupos foi semelhante (60,0% e 58,0%), não havendo diferenças estatisticamente significantes entre eles ($p=0,848$). Com relação ao grau de impotência, também não detectamos diferenças ($p=0,763$), ou seja, a distribuição dos impotentes entre os graus leve, moderado e intenso é semelhante entre os pacientes de válvula e os de coronária.

À princípio, esperávamos encontrar maior proporção de impotentes nos pacientes VAL. Essa expectativa era decorrente de algumas observações na nossa prática. Observamos que a evolução das valvulopatias é mais insidiosa do que a das coronariopatias. Além disso, parece-nos que as intervenções terapêuticas são apreendidas como tendo maior poder de resolutividade nas coronariopatias frente as valvulopatias. Os valvulopatas são submetidos a sucessivas reinternações para troca de válvulas e controle de intercorrências, pelas quais são acometidos. Pelos resultados ora apresentados, essa expectativa não foi confirmada, o que nos leva a supor que a “situação pós-operatória” tenha tido maior relevância na resposta de

impotência do que nas características da “cronicidade” das doenças. Compartilhamos com a explicação de RIBEIRO; RENGEL (1992) referente aos pacientes VAL e ICO. O próprio contexto em que se encontram e a doença cardíaca que não só é expressão de uma disfunção orgânica, mas também, uma disfunção do homem como um todo, resultam manifestações tanto em nível orgânico como em psíquico. A doença coronariana (ICO) quanto à disfunção valvar (VAL) significa, um desequilíbrio bio-psíquico, um esforço do homem para recuperar uma integração no momento rompida (RIBEIRO; RENGEL, 1992).

Nesse contexto, as intervenções de enfermagem nesse período, tem o potencial de minimizar as respostas psicossociais de impotência. Essas considerações nos abrem um universo de questionamentos a serem respondidos por pesquisas psicossociais na Enfermagem médico-cirúrgica. Destacamos a necessidade de conduzir estudos em que se controlem as influências de diferentes intervenções de enfermagem e de características da “cronicidade” de doenças na resposta psicossocial de impotência.

Como observamos anteriormente, os dois grupos (ICO e VAL) diferiram em relação à idade (Tabela 4). Houve tendência a maior número de homens no grupo ICO (Tabela 2). Portanto, verificamos se essas duas variáveis tiveram alguma influência sobre a impotência (frequência e intensidade) na amostra estudada.

Tabela 12. Associação entre sexo e frequência da impotência em pacientes VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Variável	Homens		Mulheres		p-value
	(n=47)		(n=28)		
	n	%	n	%	
Impotência					
Sim	24	51,0	20	71,0	0,083
Não	23	49,0	8	29,0	

TABELA 13. Associação entre sexo e intensidade de impotência em pacientes VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Variável	Homens		Mulheres		p-value
	(n=24)		(n=20)		
	n	%	n	%	
Grau de impotência					
Leve	13	54,0	7	35,0	0,338
Moderada	6	25,0	9	45,0	
Intensa	5	21,0	4	20,0	

Apesar do teste ter se mostrado não significante em um nível de 5% (0,083) (Tabela 12) notamos que a proporção de impotentes é um pouco maior

entre as mulheres. Observamos que o valor produzido (0,083) está próximo de 0,05 indicando uma tendência.

Já em relação a intensidade da impotência concluímos que homens e mulheres impotentes distribuem-se semelhantemente (0,338) (Tabela 13).

Com o objetivo de controlar de fato o efeito do sexo (se é que existe), fizemos também uma análise estratificada, isto é, separada para homens e mulheres associando tipo de cirurgia e frequência da impotência.

TABELA 14. Associação entre tipo de cirurgia e frequência da impotência nos pacientes do sexo masculino. São Paulo, 1998.

Variável	VAL (n=15)		ICO (n=32)		p-value Teste qui-quadrado
	n	%	n	%	
Impotência					
Sim	7	47,0	17	53,0	0,679
Não	8	53,0	15	47,0	

TABELA 15. Associação entre tipo de cirurgia e freqüência da impotência em pacientes do sexo feminino. São Paulo, 1998.

Variável	VAL		ICO		p-value
	(n=15)		(n=13)		
	n	%	n	%	
Impotência					
Sim	11	73,0	9	69,0	0,569
Não	4	27,0	4	31,0	

Em nenhum dos dois casos encontramos diferenças relevantes, ou seja, pós-operados de válvula e coronária têm a mesma proporção de impotentes nos dois sexos.

Porque os coronarianos eram mais velhos que os pacientes com disfunções valvares, comparamos as médias de idade entre impotentes e não impotentes pelo teste de Mann-Whitney. O valor de p foi igual a 0,800 mostrando não haver significância nas diferenças de idade entre impotentes e não impotentes.

Em síntese, não houve diferença entre os dois grupos de doentes quanto a freqüência e intensidade da impotência. O resultado sugere que a situação de pós-operatório de uma forma geral é mais importante para a resposta de impotência, isto é, que o fato de terem se submetido a cirurgia de VAL ou de ICO não está associado à impotência.

4.3- Comparação do “locus de controle” em pacientes em pós-operatório de cirurgias de válvula e de coronária

Foi observado por RIBEIRO; RENGEL (1992) que o paciente valvar caracteriza-se por ser uma pessoa pouco reivindicadora, com tendência à passividade e ao conformismo. Para HACKETT; ROSENBAUM (1987) os pacientes coronarianos empossam-se de autoridade, não gostam de dividir responsabilidades e são compulsivos.

Há tempo tem sido postulada a existência de uma relação entre estressores emocionais e doença cardíaca. O elo dessa ligação se faz mediante o comportamento tipo A com a cardiopatia (KALBERG, et al , 1997).

Indivíduos tipo A, sejam homens ou mulheres, apresentam um agrupamento de comportamentos cognitivos caracterizados por um profundo senso de urgência, competitividade, impaciência, pré-disposição à irritação e hostilidade e uma necessidade compulsiva de sempre estar ativo, trabalhando mesmo quando cansados.

Comportamentos tipo A constituem fatores de riscos para doença cardíaca. Nesse contexto, ao observar o comportamento dos pacientes ICO, embasada em autores que tratam desses pacientes, constatamos tal comportamento no transcorrer da coleta de dados. Notamos que os pacientes ICO, a princípio, assumem um “locus” predominantemente interno, atribuindo à causa de sua doença seu comportamento, à dietas extravagantes, ao uso do cigarro, à bebida, a luta diária que se torna estressante. Por outro lado, os pacientes VAL no transcorrer da coleta demonstravam “locus” predominantemente externo, sendo verbalizado em : “fiz tudo certo, mas o

destino quis assim...”, “não sou eu que controlo minha saúde, mas o médico...”, “...dependo do médico para tudo, ao menor sinal o chamo...”etc. Tais relatos demonstram atribuição do acontecimento a fatores externos, ao destino e a outros poderosos. Talvez por esses fatos o paciente com disfunção valvar tenha essa tendência à passividade como foi percebida por RIBEIRO; RENGEL (1992).

DELA COLETA (1995) referenda STRICKLAND (1978) ao chamar a atenção quanto ao “locus de controle” e saúde no sentido de que o “locus de controle” é apenas uma variável entre as várias capazes de predizer comportamentos de saúde.

Isso nos faz pensar na percepção de falta de controle pelo paciente pois, “o homem não é um ser totalmente livre; precisa aprender a conviver com a idéia de que é controlado por forças e entidades externas a ele, em boa parte das vezes determinando totalmente o seu comportamento. Essas entidades e forças externas ao homem tornam-se, logo, ao lado das capacidades do indivíduo, de seu empenho em provocar os fenômenos, os dois grandes pólos de origem de todo e qualquer evento observado na vida diária das pessoas: o interno correspondente às causas oriundas no próprio sujeito envolvido na ação, e o externo relacionado às variáveis causais alocadas nas outras pessoas, nas entidades, nas forças do meio ambiente e no acaso, todas fora do controle do próprio sujeito” (DELA COLETA, 1982).

Com a hipótese de que esses dois grupos seriam diferentes em termos das dimensões do “locus”, comparamos os seus escores.

Apresentaremos inicialmente na Tabela 16 os resultados das variáveis de “locus de controle” na amostra estudada.

TABELA 16. Estatísticas descritivas sobre o “locus de controle” (n=75). São Paulo, 1998.

Variável	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
“Locus” Interno (escore de 6 a 30)	25,9	26	3,3	17	30
“Locus” Externo (escore de 6 a 30)	26,1	26	3,6	14	30
“Locus” Acaso (escore de 6 a 30)	17,9	18	5,4	6	28
Internalidade Total (escore de -24 a 24)	4,0	4,0	4,0	-5	13

Notamos na Tabela 16 que a amplitude da escala variou entre 6 e 30 pontos. Quanto mais alto o escore no “locus”, maior a crença do paciente nas fontes de controle relativas ao “locus” em questão. Assim, nos pacientes da amostra prevaleceram os “locus” de controle interno (média = 25,9) e “locus de controle” externo (média = 26,1), com médias e desvios-padrão muito semelhantes.

O escore médio de internalidade total ficou próximo do ponto neutro 0, mas com valor positivo (+4) sugerindo que a amostra situa-se predominantemente no espaço de “locus” interno (+4). No entanto, é importante observar o alto valor do desvio-padrão (± 4).

A Figura 4 a seguir mostra as médias de escores e desvios-padrão que têm sido observadas em outros estudos.

ESTUDO	POPULAÇÃO	“LOCUS DE CONTROLE” INTERNO	“LOCUS DE CONTROLE” EXTERNO	“LOCUS DE CONTROLE” NO ACASO
BIAZIN (1987)	Pessoas saudáveis (Brasil / SP) n=193; 44% sexo masculino; 80% entre 21 e 35 anos	25,4 (± 4,2)	22,0 (± 5,1)	13,3 (± 15)
HALLAL (1982)	Mulheres n=207 Idade >18 anos Praticantes do auto-exame n=165;	25,5 (4,5)	17,1 (5,5)	16,3 (5,1)
	Não praticantes do auto-exame n=42	24,1 (4,3)	19,6 (6,6)	17,4 (4,9)
LACHMAN (1986)	Estudantes de nível médio (EUA) ; n=51 ; sexo masculino 50,1%; idade média = 19,4 anos	23,0 (± 5,2)	8,3 (4,6)	9,9 (± 6,4)
	Idosos (EUA) ; n=48; 47,9% homens; idade média 71,5 anos	20,1 (± 5,9)	13,7 (± 6,0)	11,3 (± 6,2)
	Estudantes de nível médio (EUA) ; n=37; homens = 48,6%; idade média = 19,5 anos	22,1 (± 4,5)	7,2 (± 5,3)	10,9 (± 6,9)
	Idosos (EUA) ; n=48; 56,2% homens, idade média = 75,1 anos	20,7 (± 5,4)	14,4 (± 6,2)	11,2 (± 6,3)
RODRIGUEZ-ROSETO (1999)	Mulheres saudáveis (Colômbia) n=242; idade média ≅ 26 anos	13,1 (± 3,8)	15,0 (± 5,5)	21,2 (± 5,3)

(Continua)

(Conclusão)

ESTUDO	POPULAÇÃO	“LOCUS DE CONTROLE” INTERNO	“LOCUS DE CONTROLE” EXTERNO	“LOCUS DE CONTROLE” NO ACASO
WALLSTON, K.A; WALLSTON, B.S; DEVELLIS (1978)	População pessoas saudáveis (EUA) N=115; 49% sexo masculino; idade média = 42 anos	25 (± 4,8)	20 (± 5,2)	15 (± 5,7)
WRIGHTSON; WARDLE (1997)	Usuários de serviços de saúde (Inglaterra) n=128; caucasianos (63); sul-asiáticos (49); afro-caribenhos (16)	24,5 (± 4,8) 29,2 (± 5,1) 26,5 (± 4,1)	16,9 (± 4,4) 23,5 (± 8,5) 16,8 (± 3,0)	17,3 (± 4,7) 25,3 (± 7,5) 16,4 (± 4,4)

FIGURA 4. “Locus de controle” na saúde com seus respectivos escores médios e desvios-padrão segundo estudos selecionados.

Observamos nesses estudos selecionados que os escores médios de “locus de controle” e desvios-padrão nas dimensões interno, externo e acaso, variaram em relação ao presente estudo. Essas variações se explicariam por características demográficas da população desses estudos, especialmente a idade média que, em geral, esteve abaixo da média deste estudo. Outro fator que destacamos na análise é que as populações foram constituídas de pessoas saudáveis, fato de extrema relevância em relação a amostra do estudo que ora se apresenta (pacientes VAL e ICO em pós-operatório).

Segundo REID (1984) as pessoas não são dicotômicas: internas ou externas. Existem momentos de internalidade e momentos de externalidade, guiando o paciente para um melhor controle, adaptação e ajustamento no contexto. Podemos inferir que esses pacientes VAL e ICO enfrentam uma situação de doença que os torna frágeis para se tratarem, deparando-se assim com uma equipe de saúde competente na prestação de cuidados. Deste modo, o paciente atribui seu “locus” externamente, ou seja, deposita sua crença na equipe, mantendo uma internalidade para melhor adaptação, visando um controle futuro, um controle desejado. Operacionalizando esse controle externo para atingir o resultado satisfatório no tratamento o paciente, segundo REID (1984), mantém um desejo interno, buscando estabelecer uma relação de cooperação nos cuidados que lhe são prestados. Neste contexto, o paciente se percebe com controle prejudicado sobre a situação, e se a equipe de enfermagem não souber observar em suas intervenções respostas psicossociais do paciente, poderá causar no paciente a percepção de falta de controle, representando uma ameaça ao controle de saúde do paciente. Nessa perspectiva teórica, REID (1984) chama-nos a atenção porque o paciente prefere em momentos ter o controle e em outros não, assegurando-lhe aumento de controle futuramente.

A Tabela 17, a seguir, nos mostra o resultado dos escores nas dimensões de “locus” segundo os grupos estudados.

TABELA 17. Resultados dos testes de comparação dos escores das dimensões de “locus de controle” com os grupos de doentes VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Variável	VAL		ICO		p-value	p-value
	média	(dp)	média	(dp)	Teste t de Student	Teste Mann-Whitney
“Locus” interno	24,4	(3,5)	27,0	(2,7)	0,001*	0,001*
“Locus” externo	25,8	(3,6)	26,3	(3,5)	0,519	0,429
“Locus” acaso	18,6	(5,1)	17,4	(5,7)	0,376	0,365
Internalidade Total	2,3	(4,1)	5,1	(3,6)	0,002*	0,002*

*significante em nível de 0,05.

Pelos resultados da tabela acima observamos que pacientes de coronária têm escores de “locus” interno maiores que os pacientes de válvula. Essa diferença é de aproximadamente dois pontos e meio. Os resultados para internalidade total também foram significativamente diferentes, sendo maiores em pós-operados de coronária. Não encontramos diferenças em relação ao “locus” externo e acaso, ou seja, os dois grupos têm escores semelhantes para externo e acaso.

Segundo DELA COLETA (1992) todos os resultados de pesquisas sobre “locus de controle” sugerem que conseqüências positivas para o sujeito estão associadas à crença no controle predominantemente interno, ou seja, pelo próprio sujeito. Para o indivíduo que crê ser controlado por fatores externos tais como o

acaso, a sorte ou outros poderosos, a probabilidade de alcançar uma meta desejada é menor, ele se esforça menos neste sentido.

Devemos ter em mente que não existe internalidade sem externalidade (REID, 1984). ROTTER (1966) alertou-nos que extremos de internalidade ou externalidade expressam provavelmente dificuldades de adaptações.

REID (1984) refere que as diferenças entre internalidade e externalidade são partes de um processo de distinguir a si próprio dos outros objetos no mundo, e como tal, se faz necessário na adaptação do indivíduo no mundo. Neste caminho se processa o desenvolvimento da identidade pessoal, destacando a teoria de Piaget, que enfatiza o processo de assimilação e acomodação que a pessoa experimenta. Em visão similar observamos o senso de causalidade comumente usado no equilíbrio entre forças internas e externas. Este equilíbrio de internalidade e externalidade é crítico. Sem este, nosso senso de causalidade não é resolvido gerando ansiedade e um assincronismo no entendimento dos acontecimentos. Conhecendo os agentes causais e sendo capaz de aceitá-los é mais fácil adaptarmo-nos às situações.

REID (1984) visualiza, nesse contexto, o “locus de controle” como um construto interacionista; ou seja, um controle desejado interno agregado a um “locus” externo, almejando um resultado satisfatório nos acontecimentos.

Parece-nos que os resultados do presente estudo sobre pacientes coronarianos e com disfunções valvares são coerentes com essa afirmativa de REID (1984). Tanto os coronarianos quanto os valvares tiveram escores semelhantes nas dimensões interno e externo.

As repetidas experiências de sucesso na resolução de problemas leva o indivíduo a aumentar suas expectativas de controle interno; assim como as experiências de fracasso conduzem a diminuir o sentimento de controle pessoal e reforçam a crença em fatores externos como controladores das ocorrências (DELA COLETA, 1992).

Estudos citam que os coronarianos (ICO) apresentam personalidade tipo A, caracterizada por pessoas que lutam constantemente para atingir metas, jogam para vencer; tem autoconsciência e senso de competição (HACKETT, ROSENBAUM, 1987). Na personalidade tipo B, exibem tipo oposto de comportamento, não têm pressa, embora possam estar interessados no sucesso e possam realmente ser bem-sucedidos; na maior parte das vezes não lutam tão vigorosamente na perseguição de uma meta como fazem os indivíduos tipo A (HACKETT, ROSENBAUM, 1987).

Neste estudo os coronarianos mostraram-se mais internos que os valvulopatas. Talvez o tipo de personalidade esteja também envolvido nessa resposta.

Segundo KENNEDY; LYNCH; SCHWAB (1998) ROTTER hipotetizou que pessoas com alto nível de externalidade poderiam ser menos ajustadas que as com alto nível de internalidade. Recentes pesquisas, no entanto, indicam que muitos fatores influenciam a variação do “locus de controle”, sendo difícil sustentar essa hipótese.

Diversos estudos sobre “locus de controle” são citados por LEFCOURT (1982). Esses estudos apoiam a afirmação de que os internos aproveitam, servem-

se de suas informações, mesmo que tenham conotações negativas, melhor que os externos. A diferença provém do fato de que os internos acreditam que podem agir em seu próprio interesse e por esse motivo requerem mais informações, enquanto que os externos mais facilmente aceitam depender dos outros e, portanto, têm menos necessidade de informação. Os internos em relação aos externos usufruem melhor de uma mesma informação proveniente de uma única fonte. Portanto, a melhor assimilação e uso de informações pelos internos pode refletir o fato de que estão mais aptos a reconhecer a informação pertinente para seus propósitos. Tal fato é por serem mais assertivos em seus propósitos e valores e perceberem as oportunidades que facilitarão suas realizações.

CROMWELL, et al (1977) apud LEFCOURT (1982) examinaram a maneira pela qual um paciente cardíaco responde à gama de procedimentos em unidades cardíacas em que é internado. Os pacientes classificados como internos via escala de Rotter, foram considerados mais cooperativos e menos deprimidos durante sua permanência nas unidades de cuidados intensivos que os externos. Nas medidas psicológicas intercorrelacionadas com níveis de transaminase sérica, lactase, desidrogenase, os externos foram tidos com prognósticos piores que os internos e permaneceram mais tempo nas unidades de cuidados intensivos do que os internos.

No que tange à cognição, dado que os sujeitos externos não percebem corretamente as contingências entre os comportamentos emitidos e as conseqüências advindas com os mesmos, eles têm menos informações dos eventos do que os sujeitos internos. Ao mesmo tempo eles as buscam com menor intensidade porque acreditam não precisarem delas para agir, uma vez que a

determinação dos eventos vem de fora, e nada adianta fazer para tanto (DELA COLETA, 1982).

“A percepção do “locus de controle” pelo paciente pode vir a ser o mediador na realização pessoal (achievement) desse paciente, uma vez que ele precisa necessariamente perceber que seus atos são relevantes à determinação dos eventos, para que venham engajar-se nas atividades. Neste sentido, o sacrifício, o empenho do paciente em realizar algo superior ao que já dispõe no momento é função direta da percepção deste sujeito ser capaz de determinar as ocorrências, sendo muito duvidosa a participação de pacientes em empreendimentos que eles mesmos não acreditem que venham ocorrer” (DELA COLETA, 1982).

Vale destacar novamente a perspectiva interacionista do “locus de controle” proposta por REID (1984). Nela, “locus” interno e externo podem influenciar-se mutuamente frente ao desejo de um controle interno, para o alcance de um resultado satisfatório.

Com o objetivo de controlar de fato o efeito do sexo e da idade, fizemos também uma análise estratificada, isto é separada para homens e mulheres associando tipo de cirurgia e “locus de controle”, conforme serão apresentadas nas Tabelas 18, 19, 20 e 21.

TABELA 18. Associação entre sexo e “locus de controle” em pacientes VAL e ICO. São Paulo, 1998.

Variável	Homens média (dp)	Mulheres média (dp)	p-value Teste Mann-Whitney
“Locus” interno	26,5 (2,7)	24,9 (3,8)	0,112
“Locus” externo	25,6 (3,9)	26,8 (2,6)	0,326
“Locus” acaso	18,2 (5,5)	17,2 (5,2)	0,517
Internalidade Total	4,5 (4,0)	2,9 (3,7)	0,162

TABELA 19. Associação entre tipo de cirurgia e “locus de controle” em pacientes do sexo masculino. São Paulo, 1998.

Variável	VAL média (dp)	ICO média (dp)	p-value Teste Mann-Whitney
“Locus” interno	25,2 (2,6)	27,1 (2,6)	0,029*
“Locus” externo	25,4 (4,3)	25,8 (3,8)	0,739
“Locus” acaso	19,0 (5,0)	17,9 (5,9)	0,552
Internalidade Total	3,0 (4,5)	5,3 (3,8)	0,066

* significante em nível de 0,05

TABELA 20. Associação entre tipo de cirurgia e “locus de controle” em pacientes do sexo feminino. São Paulo, 1998.

Variável	VAL		ICO		p-value
	média	(dp)	média	(dp)	Teste Mann-Whitney
“Locus” interno	23,6	(4,1)	26,5	(2,7)	0,060
“Locus” externo	26,1	(2,9)	27,6	(2,1)	0,235
“Locus” acaso	18,1	(5,3)	16,1	(5,1)	0,288
Internalidade Total	1,5	(3,6)	4,7	(3,3)	0,030*

*significante em nível de 0,05.

TABELA 21. Associação entre idade e “locus de controle”.

São Paulo, 1998.

Variável	Coefficiente de correlação (Spearman)
“Locus” interno	0,089
“Locus” externo	0,001*
“Locus” acaso	0,200
Internalidade Total	0,561

*significante em nível de 0,05.

Os resultados das Tabelas mostram-nos valores significantes em nível de 0,05. Na Tabela 19, percebe-se que os doentes ICO do sexo masculino, possuem um “locus” interno predominante aos homens VAL, com valor significativo de $p=0,029$ e com tendência a internalidade total ($p=0,066$).

No tocante ao sexo feminino verifica-se na Tabela 20 a predominância do “locus” interno nas pacientes ICO e uma internalidade significativa ($p=0,030$). Tais resultados sugerem que não houve influência das diferenças de idade e de proporção entre os sexos nos escores de “locus de controle”. Assim, provavelmente, o fato de ser ICO ou VAL está associado às diferenças significantes nos escores de “locus de controle” interno e internalidade total. Os testes mostraram que tanto homens quanto mulheres no grupo de ICO têm maiores escores de internalidade total e de “locus” interno que homens e mulheres separadamente no grupo de VAL.

Quanto à idade, os testes mostraram que, no conjunto, quanto maior a idade, maiores os escores em “locus” externo e que não há correlação significativa entre idade e “locus” interno ou internalidade. Como essas duas foram as variáveis que diferenciaram, VAL e ICO e os doentes de ICO têm tendência a ser significativamente mais idosos que os de VAL, sugeriria um efeito da diferença de idade se houvesse correlação significativa entre ela e os escores de “locus” interno e internalidade total, o que não ocorreu.

TAMAYO (1993) investigando a influência do sexo e idade em relação ao “locus de controle” em pessoas de 17 a 56 anos (600 homens e 600 mulheres), particularmente, a partir de 25 anos, observou que a dimensão internalidade aumenta com a idade; podendo ser conseqüência da independência financeira e crescente necessidade de construir seu próprio destino. Nesse estudo, no tocante ao sexo, os homens apresentaram maior externalidade e crença nos outros poderosos.

A diferença entre os resultados de TAMAYO (1993) e os encontrados no presente estudo podem ser decorrentes nas diferenças entre as faixas etárias nas amostras estudadas. No primeiro, a idade variou de 17 a 56 anos e neste de 22 a 79

anos; abrangendo idades mais avançadas. São compatíveis a estes resultados os estudos de LACHMAN (1986) sobre a influência da idade. Observou que ao avaliar o “locus de controle” no domínio específico da saúde (Escala de WALLSTON, K.A; WALLSTON, B.S; DEVELLIS, 1978) houve significativo aumento dos escores em “locus” externo sem modificação nos demais. Observou também que não houve associação da idade com os escores com “locus” externo, interno e acaso na avaliação de “locus de controle” não específico (Escala de LEVENSON). Isso nos indica uma outra razão para as diferenças entre esse estudo e o de TAMAYO (1993) em que utilizou a Escala de LEVENSON.

WRIGHTSON; WARDLE (1997) em estudo sobre a variação cultural no “locus de controle” à saúde em mulheres de diferentes etnias verificaram altos escores nas dimensões de “locus de controle” externo (outros poderosos) e internalidade, estando associada à variável religiosidade.

LACHMAN (1986) verificou que as pessoas com mais idade tendem a reconhecer a importância das fontes externas de controle e ao mesmo tempo preservam o senso de controle interno.

Essas considerações mostram que há muito a ser estudado na percepção de “locus de controle” tanto generalizada quanto em domínios específicos. Neste estudo podemos afirmar que as variáveis sexo e idade não influenciaram os escores de “locus de controle”. Podemos inferir então, que os pacientes ICO tinham escores de “locus” interno e internalidade total maior que os VAL.

4.4-Verificar se existe associação entre impotência e “locus de controle” nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca

A impotência é um estado subjetivo, uma resposta comportamental manifestada com a percepção de perda de controle fisiológico, decisional, ambiental e cognitivo sobre um evento e situação. Parece estar influenciada diretamente pelo “locus de controle” do indivíduo, ou seja, pressupõe-se que uma pessoa com predominância “locus de controle” interno, acredita que poderá afetar seus resultados e portanto será menos impotente do que uma pessoa com o “locus de controle” predominantemente externo, que acredita que os resultados estejam fora de seu controle, e os atribui à forças externas e ao acaso.

Nesse entendimento, na literatura há a hipótese de associação entre impotência e “locus de controle” (CARPENITO, 1995; DOENGES; MOORHOUSE, 1999; BOEING; MONGERA, 1989).

Os escores nas dimensões do “locus de controle” dos pacientes VAL/ICO impotentes e não impotentes foram comparados às dimensões do “locus de controle” conforme será apresentado na Tabela 22.

TABELA 22. Comparação entre impotentes e não impotentes, quanto aos escores de “locus de controle”. São Paulo,1998.

Variável	Impotentes	Não Impotentes	p-value	p-value
	média (dp)	média (dp)	Teste t de Student	Teste Mann-Whitney

“Locus” interno	25,7	(3,2)	26,3	(3,3)	0,448	0,432
“Locus” externo	25,8	(3,8)	26,5	(3,2)	0,355	0,380
“Locus” acaso	18,1	(5,2)	17,6	(5,9)	0,692	0,763
Internalidade	3,8	(4,4)	4,2	(3,5)	0,634	0,718
Total						

Os dados da Tabela 22 mostram que não houve associação significativamente entre “locus de controle” e impotência nessa amostra.

Nas Tabelas 23 e 24, a seguir, estão apresentados os escores das dimensões de “locus de controle” entre impotentes e não impotentes nos pacientes pós-operados de válvula e de coronária, respectivamente.

TABELA 23. Comparação dos escores de “locus de controle” entre os doentes em pós-operatório de VAL impotentes e não impotentes (n=30). São Paulo, 1998.

Variável	Impotentes		Não impotentes		p-value Teste t de Student	p-value Teste Mann- Whitney
	média	(dp)	média	(dp)		
“Locus” interno	24,6	(3,9)	24,3	(3,0)	0,820	0,579
“Locus” externo	25,5	(4,1)	26,2	(2,9)	0,631	0,764
“Locus” acaso	19,0	(4,6)	17,9	(6,0)	0,578	0,596
Internalidade	2,3	(4,8)	2,2	(3,0)	0,950	0,899
Total						

TABELA 24. Comparação dos escores de “locus de controle” entre os doentes de ICO impotentes e não impotentes (n=45). São Paulo, 1998.

Variável	Impotentes		Não impotentes		p-value	p-value
	média	(dp)	média	(dp)	Teste t de	Teste Mann-
					Student	Whitney
“Locus” interno	26,5	(2,5)	27,6	(2,9)	0,185	0,089
“Locus” externo	26,0	(3,6)	26,8	(3,4)	0,441	0,365
“Locus” acaso	17,5	(5,5)	17,4	(6,0)	0,957	0,991
Internalidade Total	4,8	(3,9)	5,5	(3,2)	0,519	0,613

Não encontramos associação entre impotência e “locus de controle”, tanto para o total de pacientes quanto para cada grupo (válvula e coronária). Em outras palavras, o fato de responder ou não com impotência não está associado aos resultados de “locus de controle”.

Pensando na possibilidade de associação entre as dimensões de “locus de controle” e intensidade da impotência, apresentamos as Tabelas 25, 26, 27.

TABELA 25. Comparação dos escores das dimensões de “locus de controle” com a intensidade de impotência (n=75). São Paulo, 1998.

Variável	Leve		Moderada		Intensa		p-value	p-value
	média	(dp)	média	(dp)	média	(dp)	ANOVA	Kruskal-
							Wallis	
“Locus” interno	25,4	(3,3)	26,0	(2,8)	25,9	(3,9)	0,852	0,730
“Locus” externo	26,2	(3,2)	25,1	(4,1)	25,9	(4,7)	0,719	0,744
“Locus” acaso	18,5	(6,1)	16,9	(4,0)	19,2	(4,9)	0,537	0,666
Internalidade Total	3,1	(4,2)	5,0	(4,7)	3,3	(4,3)	0,436	0,380

TABELA 26. Comparação dos escores das dimensões de “locus de controle” com a intensidade de impotência nos pacientes pós-operados de válvula (n=30). São Paulo, 1998.

Variável	Leve	Moderada	Intensa	p-value	p-value
	média (dp)	média (dp)	média (dp)	ANOVA	Kruskall-Wallis
“Locus” interno	24,4 (4,1)	25,0 (3,7)	24,3 (4,5)	0,957	0,968
“Locus” externo	26,7 (3,4)	21,6 (4,6)	27,8 (1,3)	0,029	0,055
“Locus” acaso	19,7 (5,1)	17,6 (4,4)	19,3 (4,3)	0,739	0,617
Internalidade Total	1,3 (3,2)	5,4 (6,6)	0,8 (4,7)	0,242	0,306

TABELA 27. Comparação dos escores das dimensões de “locus de controle” com a intensidade de impotência nos pacientes pós-operados de coronária (n=45). São Paulo, 1998.

Variável	Leve	Moderada	Intensa	p-value	p-value
	média (dp)	média (dp)	média (dp)	ANOVA	Kruskall - Wallis
“Locus” interno	26,2 (2,4)	26,5 (2,3)	27,2 (3,3)	0,761	0,525
“Locus” externo	25,8 (3,2)	26,9 (2,6)	24,4 (6,0)	0,464	0,690
“Locus” acaso	17,5 (6,8)	16,6 (3,9)	19,2 (5,8)	0,708	0,768
Internalidade Total	4,5 (4,5)	4,8 (3,9)	5,4 (3,0)	0,925	0,898

Não encontramos associação entre grau de impotência e “locus de controle”, tanto para o total de pacientes quanto para cada grupo (válvula e

coronária), ou seja, pacientes de diferentes graus de impotência apresentam escores semelhantes de “locus de controle” independente de serem VAL ou ICO.

Nesses resultados apresentados, a única indicação é que pacientes de válvula com grau de impotência moderado têm, em média, escore de “locus” externo menor que os pacientes com grau leve e intenso (Tabela 26). Porém isto é um pouco questionável, uma vez que o teste não-paramétrico, a rigor, rejeita esta hipótese.

Os resultados apresentados não indicaram associação entre impotência e “locus de controle” nessa amostra.

As alternativas que explicariam esses resultados poderiam ser relativas ao conceito de impotência, no que se refere ao papel do “locus de controle”, ou a questões metodológicas. Quanto ao conceito faz-se necessário analisar o diagnóstico sob dois aspectos separados apenas didaticamente em categoria e processo (GORDON (1994). Como categoria, chamamos a atenção ao título do diagnóstico “POWERLESSNESS”, que na língua portuguesa tem sido traduzido por IMPOTÊNCIA. O título tem significado ambíguo na língua portuguesa. O significado segundo FERREIRA (1986) é: qualidade de impotente, incapacidade masculina para a cópula, fraqueza genésica.

A impotência tem sido usada como sinônimo de “helplessness” , outro diagnóstico distinto do padrão Perceber ainda sendo analisado pela NANDA.

O conceito “impotência” nesse caso, além de estar sendo usado como sinônimo de “helplessness” também está associado, ou melhor, citado na literatura

como falta de controle - “lack of control” (BARRY, 1996a). REID (1984) refere “helplessness” como “no personal control” independente do conceito impotência.

BARRY (1996a) cita ainda que a experiência de “helplessness” ou “powerlessness” resulta ainda na passividade ou dependência do indivíduo frente às ameaças de vida, situações ou medo de perder uma pessoa que ama.

Por estas descrições, podemos refletir sobre o uso abusivo, sem distinção de tais conceitos; sendo utilizados na literatura sem adequada clarificação, dificultando o estabelecimento de hipóteses válidas.

Quanto ao processo, sendo o diagnóstico de enfermagem analisado em termos de etapas de elaboração mental, podemos salientar que o raciocínio clínico analítico (lógico), não-analítico (intuitivo) permearam as afirmações de que os doentes tinham ou não impotência. Nesses processos pode haver imprecisões. No estudo procuramos controlar fatores que poderiam favorecê-las. Todavia, é possível que, apesar disso, tenham restado ainda imprecisões que não conseguimos controlar nem sequer identificar.

O aspecto central das possíveis limitações do estudo é que o conceito “impotência” ainda precisa ser mais explorado e melhor delimitado. Não encontramos na literatura estudo da associação entre “locus de controle” e impotência em pacientes, mas sim menções. Apesar disso, freqüentemente ao se tratar da impotência, surgem hipóteses de sua associação com a predominância de “locus de controle” externo (BARRY, 1996a) . Na amostra do estudo, essa hipótese não se confirmou. Isso sugere que as dimensões do “locus de controle” não são atributos isolados essenciais do conceito de impotência. Outros estudos,

com controle de diferentes variáveis, poderão confirmar ou refutar esses resultados.

5- CONCLUSÕES

Com base nas análises realizadas, concluimos que:

- De 75 pacientes pós-operados de cirurgia de válvula e de coronárias, 44 (58,7%) apresentaram impotência com predominância do grau leve que ocorreu em 20 pacientes. As características definidoras que predominaram nos doentes com impotência foram: “Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação” (77,3%), “Expressões de insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais” (56,8%), “Expressão de dúvida acerca do desempenho de papéis” (63,6%), “Dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos” (75,0%).
- A proporção de impotentes nos dois grupos (VAL e ICO) foi semelhante (60% e 58%) não havendo diferenças estatisticamente significantes ($p=0,848$).
- Os pacientes pós-operados de coronária acreditavam 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 houve associação entre impotência (frequência e intensidade) e locus de controle nos doentes VAL e ICO.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou resultados relativos ao diagnóstico de enfermagem “powerlessness” - impotência - que esperamos que sirvam de base para futuros estudos, relacionando-os com o cuidar em enfermagem. O julgamento do diagnóstico foi feito mediante as experiências e conhecimentos da autora e orientadora deste estudo, limitados diante da complexidade e das exigências dos diagnósticos de enfermagem. Apesar disso, os critérios estabelecidos para fundamentar os conhecimentos desenvolvidos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), foram coerentes e o trabalho é inédito na literatura brasileira quanto a esse padrão de resposta humana. Outras enfermeiras peritas, talvez, pudessem fazer julgamentos diferenciados sobre esse diagnóstico, podendo tal fato ser explicado pelo estágio de desenvolvimento em que estamos, onde segundo MARIA (1997) muitas investigações ainda precisam ser efetuadas para apoiar com bases científicas as evidências críticas dos diagnósticos e assim alcançarmos o consenso.

Esperamos que sejam desenvolvidos estudos de validação desse diagnóstico, e sua associação com “locus de controle”; que a escala MHCL de WALLSTON, K.A.; WALLSTON, B.S.; DEVELLIS (1978), adaptada para o português por DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F. (1996) seja utilizada como instrumento para estudar “locus de controle” com outro diagnóstico psicossocial de enfermagem; que estudos explorem os pesos das características definidoras para determinar sua influência na afirmação dos graus da impotência.

A Enfermagem, entendendo os tipos de controle e a impotência poderá selecionar intervenções que aumentem o senso de controle do paciente (WETHERBEE, 1995).

Cada paciente tem sua fonte de poder e as utiliza ao máximo na situação de doença para ajudar o “coping”. Se a Enfermagem desconhece tais fontes, ela aumenta o sentimento de impotência do paciente uma vez que na situação de doença essas fontes estão comprometidas (WETHERBEE, 1995).

A aceitação como diagnóstico de enfermagem implica que existem intervenções que se inserem no campo da enfermagem podendo reduzir ou aumentar a impotência experimentada pelo paciente (WETHERBEE, 1995).

O cuidado constitui objeto de trabalho da enfermagem e, segundo CAFFREY; CAFFREY (1994) tem emergido como um paradigma dominante para a prática de enfermagem. Portanto, espera-se das enfermeiras praticar o cuidado com os pacientes, não somente no atendimento físico, mas focalizando no aspecto psicossocial, mobilizando as fontes de poder do paciente, permitindo a participação do paciente (CAFFREY; CAFFREY, 1994).

Finalizando essas considerações, gostaríamos de deixar alguns questionamentos feitos por LUTJENS (1993) e compartilhados por MARIA (1997), que deverão ser respondidos futuramente. São os diagnósticos deste padrão perceber considerados de menor valor pelas enfermeiras ou eles são mais abstratos e menos aperfeiçoados do que os do padrão trocar e mover, por exemplo? As enfermeiras têm se preocupado com as emoções, com o que os pacientes pensam ? Estão alertadas e preparadas para formular esses diagnósticos? E quanto às intervenções?

Há um aparente relegar a segundo plano questões psicossociais do adoecer pelas enfermeiras. No entanto, os discursos mostram que esse talvez não seja o desejo.

Esperamos que esse estudo seja mais um desafio às enfermeiras na busca da concretização do cuidar numa perspectiva holística.

A qualidade da assistência de enfermagem dependerá do olhar que lançarmos a nosso paciente; respeitando suas emoções, seu pensar, seu agir. Neste caminhar realmente poderemos falar como HORTA (1976): “ENFERMAGEM É GENTE QUE CUIDA DE GENTE”.

ANEXOS

ANEXO A - Características definidoras da impotência identificadas na literatura segundo intensidade e autor e as suas respectivas “fusões”

Nº de ordem	Característica Definidora	Intensidade			Autor
		Intensa	Moderada	Baixa	
01	Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influências sobre uma situação.	x			MILLER (1983;1992b); NÓBREGA; GARCIA (1994); WHITE; ROBERTS (1993)*; NANDA (1996;1999); 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)*.
	Verbalização de sentimentos de nenhum controle sobre uma situação ou resultado.	x			McFARLAND; McFARLANE(1989).
02	Expressões verbais relativas à falta de controle ou de influência sobre um resultado.	x			MILLER (1983;1992b); NÓBREGA; GARCIA (1994); WHITE; ROBERTS (1993)*; NANDA (1996;1999); GORDON (1997); DOENGES; MOORHOUSE (1999).
03	Expressões verbais relativas à falta total de controle sobre o autocuidado.	x			MILLER (1983;1992b); NÓBREGA; GARCIA (1994); WHITE; ROBERTS (1993)*; McFARLAND; McFARLANE (1989); NANDA (1996;1999); GORDON (1997).
04	Depressão causada pela deterioração física que ocorre apesar de estar seguindo as condutas determinadas.	x			MILLER (1983;1992b); NÓBREGA; GARCIA (1994); WHITE; ROBERTS (1993); CARPENITO (1995)*; McFARLAND; McFARLANE (1989) ; NANDA (1996;1999); GORDON (1997); DOENGES; MOORHOUSE (1999).
05	Passividade.	x			MILLER (1983;1992b); NÓBREGA; GARCIA (1994); CARPENITO (1995;1998)*.
	Passividade.		x		NANDA (1996); GORDON (1997).

*Nota: Esses autores não utilizam os níveis de intensidade.

Nº de ordem	Característica Definidora	Intensidade			Autor
		Intensa	Moderada	Baixa	
05	Passividade.			x	NÓBREGA; GARCIA (1994); McFARLAND; McFARLANE (1989); NANDA (1996;1999).
06	Apatia.	x			NÓBREGA; GARCIA (1994); McFARLAND; McFARLANE (1989); CARPENITO (1995;1998)*; NANDA (1996;1999); GORDON (1997); WHITE; ROBERTS (1983).
	Apatia.		x		MILLER (1983;1992b).
07	Indiferença ao cuidado ou ao processo de decisão quando há oportunidade.		x		NÓBREGA; GARCIA (1994); NANDA (1999).
	Desinteresse por práticas de autocuidado, quando desafiado.		x		NÓBREGA; GARCIA (1994).
	Não-participação no cuidado ou tomada de decisão quando são oferecidas oportunidades.		x		MILLER (1983;1992b); McFARLANE; McFARLAND (1989); NANDA (1996;1999); GORDON (1997).
08	Expressões de insatisfação e frustração pela inabilidade no desempenho de tarefas e/ou atividades pessoais.		x		NÓBREGA; GARCIA (1994); McFARLAND; McFARLANE (1989); MILLER (1983;1992b); WHITE; ROBERTS (1993)*; NANDA (1996;1999); GORDON (1997); DOENGES; MOORHOUSE (1999).
09	Expressão de dúvida acerca do desempenho de papéis.		x		NÓBREGA; GARCIA (1994); WHITE; ROBERTS (1993)*; McFARLAND; McFARLANE (1989); NANDA (1996;1999); GORDON (1997); MILLER (1983;1992b); DOENGES; MOORHOUSE (1999).
Nº de ordem	Característica Definidora	Intensidade			Autor

		Intensa	Moderada	Baixa	
10	Relutância para expressar os verdadeiros sentimentos demonstrando medo de distanciamento das pessoas que lhe prestam cuidado.		x		NÓBREGA; GARCIA (1994); McFARLAND; McFARLANE (1989); MILLER (1983;1999b); NANDA (1996;1999); GORDON (1997); DOENGES; MOORHOUSE (1999).
	Medo de alienação dos cuidadores.		x		NANDA (1996;1999).
11	Inabilidade para buscar informações acerca do cuidado.		x		NÓBREGA; GARCIA (1994); McFARLAND; McFARLANE (1989); NANDA (1996;1999); CARPENITO (1995)*.
	Inabilidade para buscar informações acerca de autocuidado.		x		MILLER (1983;1992b); GORDON (1997).
12	Dependência de outros, que pode resultar em irritabilidade, ressentimento, raiva e culpa.		x		NÓBREGA; GARCIA (1994); McFARLAND; McFARLANE (1989); MILLER (1983;1992b); NANDA (1996;1999); CARPENITO (1995)*; GORDON (1997).
13	Falta de manutenção das práticas de autocuidado quando desafiado.		x		MILLER (1983;1992b), McFARLAND; McFARLANE (1989); NANDA (1996;1999); GORDON (1997).
14	Expressão de incerteza sobre os resultados do tratamento.		x		MILLER(1983;1992b).
15	Ausência de observação de progressos obtidos.		x		NÓBREGA; GARCIA (1994); NANDA (1996;1999); GORDON (1997); MILLER (1983;1992b); McFARLAND; McFARLANE(1989).
16	Dúvida para planejar o futuro e estabelecer objetivos.		x		MILLER(1983,1992b).
17	Expressões de incerteza à respeito de níveis flutuantes de energia.			x	NÓBREGA; GARCIA (1994); McFARLAND; McFARLANE (1989); MILLER (1983;1992b); NANDA (1996;1999); GORDON (1997); DOENGES; MOORHOUSE (1999).

ANEXO B - Termos das características definidoras e suas definições segundo autores

Nº de Ordem segundo Anexo A	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, fadigabilidade .	PIÉRON (1969)
05	Passividade	Estado de inatividade e submissão a uma força externa.	WARREN (1948)
	Passividade	Qualidade de passivo. Qualidade ou estado de paciente.	FERREIRA (1975)
06	Apatia	Insensibilidade às causas que habitualmente provocam emoções.	PIÉRON (1969)
	Apatia	Estado de insensibilidade, impassibilidade, indiferença, falta de energia.	FERREIRA (1975)
07	Indiferença	Qualidade de indiferente, desinteresse, apatia, insensibilidade.	FERREIRA (1975)
08	Desinteresse	Falta de interesse, abnegação. Cessar de ter interesse.	FERREIRA (1975)
	Autocuidado	Si próprio, self.	CHEMAMA (1995)
	Insatisfação	Falta de satisfação, de contentamento, desagrado.	FERREIRA (1975)
	Insatisfação	Atitude caracterizada por inquietude e um sentimento de desagrado.	WARREN (1948)
	Frustração	Estado de um sujeito que se acha incapaz de obter o objeto de satisfação que almeja.	CHEMAMA (1995)
09	Inabilidade	Qualidade de inábil, que não é hábil, sem destreza ou competência, desajeitado, inapto, incapaz.	FERREIRA (1975)
	Expressão	Enunciado do pensamento por meio de gestos ou palavras escritas ou faladas.	FERREIRA (1975)
10	Dúvida	Incerteza sobre a realidade de um fato, hesitação, indecisão. Desconfiança, suspeita.	FERREIRA (1975)
	Relutância	Ato ou efeito de relutar, lutar novamente, oferecer resistência.	FERREIRA (1975)

Nº de Ordem segundo Anexo A	Termos	Definição	Autor
10	Medo	Se aplica como uma das emoções fundamentais que se aplica a uma reação afetiva de grande intensidade.	PIÉRON (1969)
	Medo	Sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça, susto, pavor, temor, terror.	FERREIRA (1975).
11	Inabilidade	Ídem ao item 08.	Ídem ao item 08.
12	Dependência	Estado ou caráter dependente, sujeição, subordinação.	FERREIRA (1975)
	Dependência	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)
	Irritabilidade	Susceptibilidade a 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)
	Ressentimento	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)
15	Progresso	Movimento em uma determinada direção. Aproximação gradual a algum nível para atingir a meta.	WARREN (1948)
16	Dúvida	Ídem ao item 9	Ídem ao item 9
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)

ANEXO C - Definições operacionais das características definidoras segundo conteúdos do instrumento

Nº de Ordem segundo Anexo A	Minha definição	Conteúdo do Instrumento
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.	a) O que aconteceu que você precisou ser internado? b) O que significa para você estar com esta situação de saúde? c) O que representa para você o ambiente que o cerca no hospital? d) Quanto de controle você sente ter sobre sua situação de saúde? nenhum controle muito controle 1-----2-----3-----4 e) Quanto de controle você sente ter sobre onde você está? nenhum controle muito controle 1-----2-----3-----4 f) O que mais o incomoda por estar internado?
02	Verbalização de falta de controle ou de influência sobre a recuperação da saúde.	a) Quanto você influencia na recuperação de sua saúde? nada muito 1-----2-----3-----4
03	Verbalização de falta de controle sobre o seu autocuidado.	a) Quanto de controle você sente ter sobre seus cuidados pessoais? nenhum controle muito controle 1-----2-----3-----4
04	Verbalização de tristeza frente a evolução clínica apesar de seguir as recomendações terapêuticas.	a) Você tem conseguido seguir as orientações que tem sido dadas? Não () Especifique: Em parte () Especifique: Sim () b) Como você vê sua evolução? melhorando () inalterado () piorando () c) A internação trouxe modificações no seu humor? Sim () Especificar: Não ()
05	Estado de inatividade e submissão frente uma força externa.	a) Durante a internação você tem se sentido com disposição para reagir as coisas que não lhe agradam? Sim () Não () Especifique: b) Observação durante a entrevista
06	Expressões de indiferença e insensibilidade diante da situação atual.	a) Observação durante a entrevista

Nº de Ordem segundo Anexo A	Minha definição	Conteúdo do Instrumento
07	Verbalização de falta de interesse no cuidado e em tomar decisões quando as oportunidades surgem.	<p>a) Quanto você tem se interessado em participar nas decisões sobre o seu tratamento junto com a equipe médica e de enfermagem?</p> <p>nada muito</p> <p>1-----2-----3-----4</p> <p>b) Quanto você tem participado nas decisões sobre o seu tratamento?</p> <p>nada muito</p> <p>1-----2-----3-----4</p>
08	Expressões negativas de insatisfação pessoal por não conseguir desempenhar tarefas e/ou atividades prévias.	<p>a) A situação de saúde fez com que você precisasse abandonar alguma atividade?</p> <p>Sim () Especifique: Não ()</p> <p>b) Quanto o deixa insatisfeito ter abandonado suas atividades prévias?</p> <p>nada muito</p> <p>1-----2-----3-----4</p> <p>c) O que essa situação de internação tem trazido de positivo em sua vida?</p>
09	Verbalização de incerteza sobre o que e como fazer na atual situação.	<p>a) Quanto você se sente seguro sobre o que você deve fazer frente ao seu problema de saúde?</p> <p>nada muito</p> <p>1-----2-----3-----4</p>
10	Verbalização de dificuldade para expressar os sentimentos verdadeiros por medo de não receber os cuidados necessários.	<p>a) Você evita expressar seus sentimentos verdadeiros por receio de não receber o cuidado necessário?</p> <p>nunca freqüentemente</p> <p>1-----2-----3-----4</p>
11	Verbalização de dificuldade de buscar informações sobre seu cuidado.	<p>a) Quanto tem sido difícil para você buscar informações sobre sua situação?</p> <p>nada muito</p> <p>1-----2-----3-----4</p>
12	Verbalização de irritabilidade, ressentimento, raiva ou culpa por estar subordinado ao controle de outras pessoas.	<p>a) O fato de você estar sendo cuidado por outras pessoas faz com que você se sinta:</p> <p>() irritado () ressentido () com raiva () culpado () De outra forma: () não se aplica</p>

Nº de Ordem segundo Anexo A	Minha definição	Conteúdo do Instrumento
13	Verbalização de dificuldade de seguir as orientações do tratamento quando se sente desafiado.	a) Existem orientações no tratamento que representam um grande desafio para você? Sim () Especifique: Não () b) Quanto é difícil para você seguir essas orientações? nada muito 1-----2-----3-----4
14	Verbalização de incerteza quanto ao resultado do tratamento.	a) O que você espera deste tratamento? b) Observação da reação.
15	Verbalização de dificuldade em reconhecer o progresso obtido pelo regime terapêutico.	c) Com que frequência você observa as melhoras no seu estado? nunca freqüentemente 1-----2-----3-----4
16	Verbalização de incerteza quanto ao futuro e de dificuldade de estabelecer objetivos pessoais.	a) Você faz planos para o futuro? Sim () Não () b) O quanto tem sido difícil para você estabelecer objetivos pessoais? nada muito 1-----2-----3-----4
17	Verbalização de incerteza quanto a variação da motivação.	a) A sua disposição para fazer as coisas de que sempre gostou tem se mantido: () estável () instável b) O que representa esta instabilidade para você?

7. Quanto você influencia na recuperação de sua saúde?

nada

muito

1-----2-----3-----4

8. Quanto de controle você sente ter sobre seus cuidados pessoais?

nenhum controle

muito controle

1-----2-----3-----4

9. Você tem conseguido seguir as orientações que tem sido dadas?

Não () Especifique :-----

Em parte () Especifique :-----

Sim ()

10. Como você vê sua evolução?

melhorando ()

inalterado ()

piorando ()

11. A internação trouxe modificações no seu humor?

Sim () Especificar:

Não ()

12. Durante a internação você tem se sentido com disposição para reagir às coisas que não lhe agradam?

Sim ()

Não () Especifique:

13. Quanto você tem se interessado em participar nas decisões sobre o seu tratamento junto com a equipe médica e de enfermagem?

nada

muito

1-----2-----3-----4

14. Quanto você tem participado nas decisões sobre o seu tratamento?

nada

muito

1-----2-----3-----4

15. A situação de saúde fez com que você precisasse abandonar alguma atividade?

Sim : () Especifique :

Não: ()

OBS: Se a resposta for negativa passar para a questão nº 17.

16. Quanto o deixa insatisfeito ter abandonado suas atividades prévias ?

nada

muito

1-----2-----3-----4

28.A sua disposição para fazer as coisas de que sempre gostou tem se mantido :

estável instável

OBS: Caso a resposta seja “instável” aplicar a questão nº 29.

29.O que representa esta instabilidade para você?

30. Pensando na situação de saúde atual, quanto de controle você sente ter sobre sua situação de saúde ? Por quê?

CAMPO DE NOTAS :

ANEXO E
Instrumento de coleta de dados

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

I- Dados de Identificação

Nº-----

R.G.-----

1. Nome:

2. Sexo: a) Masculino() b) Feminino()

3. Idade:

4. Ocupação atual:

5. Escolaridade:-----anos

6. Situação conjugal: a) () vive com cônjuge b) () não vive com
cônjuge

7. Situação familiar: a) () mora só b) () mora com a família

II- Dados de atendimento

8. Tempo de internação:

9. Diagnóstico médico principal :

10. Diagnóstico médico secundário:

11. Tratamento submetido:

a) () clínico

b) () com procedimentos de hemodinâmica

c) () cirúrgico

d) () outros:-----

ANEXO F

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. Ficar 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 G - Escala de Locus de Controle da Saúde (WALLSTON, K.A. ; WALLSTON, B.S; DEVELLIS, 1978) adaptada por
DELA COLETA, J.A; DELA COLETA, M.F. (1996)**

Nome :----- N°:----- R.G:----- Seqüência : A() B ()

MHLC

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, J.A; DELA COLETA, M.F. (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 H - Formulário individual para registro de presença ou ausência das características definidoras

NOME :

Nº :

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

SIM

NÃO

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 frente a evolução clínica apesar de seguir as recomendações terapêuticas.
05. Estado de inatividade e submissão frente 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.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

SIM

NÃO

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.

ANEXO J - Quadro resumo das conclusões parciais (de cada avaliador) e finais sobre a impotência e sobre os graus de certeza para afirmá-las

N°	Conclusões Parciais						Conclusões Finais				
	Impotência (0-3)			Grau de Certeza			Impotência (0-3)		Grau de Certeza		
	Avaliador		Variação	Avaliador		Variação	Consenso		Avaliador		
	1	2	1-2	1	2	1-2			1	2	
01	2	1	+1	3	2	+1	2	3	3	6	
02	2	0	+2	3	2	+1	1	3	3	6	
03	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
04	1	1	0	3	2	+1	1	3	2	5	
05	2	1	+1	2	2	0	1	2	2	4	
06	3	2	+1	3	2	+1	3	3	2	5	
07	1	0	+1	1	3	-2	0	1	3	4	
08	1	1	0	2	2	0	1	3	3	6	
09	1	0	+1	2	1	+1	1	2	2	4	
10	2	1	+1	3	2	+1	2	3	2	5	
11	1	0	+1	1	3	-2	0	3	3	6	
12	2	2	0	3	2	+1	2	3	2	5	
13	1	1	0	2	2	0	1	2	2	4	
14	3	3	0	3	3	0	3	3	3	6	
15	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
16	0	0	0	1	3	-2	0	3	3	6	
17	1	0	+1	3	2	+1	1	3	3	6	
18	3	3	0	3	2	+1	3	3	3	6	
19	2	2	0	3	2	+1	2	3	3	6	
20	2	1	+1	3	1	+2	1	3	3	6	
21	1	0	+1	3	2	+1	1	3	3	6	
22	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
23	2	1	+1	3	1	+2	1	3	3	6	
24	0	0	0	1	3	-2	0	3	3	6	

N°	Conclusões Parciais						Conclusões Finais				
	Impotência (0-3)			Grau de Certeza			Impotência (0-3)		Grau de Certeza		
	Avaliador		Variação	Avaliador		Variação	Consenso		Avaliador		Consenso
	1	2	1-2	1	2	1-2	1	2			
25	0	0	0	1	2	-1	0	3	3	6	
26	3	3	0	3	2	+1	3	3	3	6	
27	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
28	1	1	0	1	2	-1	1	2	2	4	
29	3	2	+1	3	3	0	2	3	3	6	
30	0	0	0	1	3	-2	0	3	3	6	
31	0	0	0	1	3	-2	0	3	3	6	
32	0	0	0	1	3	-2	0	3	3	6	
33	1	1	0	1	1	0	0	3	3	6	
34	3	2	+1	3	2	+1	3	3	3	6	
35	3	2	+1	3	2	+1	3	3	3	6	
36	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
37	1	0	+1	1	3	-2	0	3	3	6	
38	1	2	-1	1	2	-1	1	3	3	6	
39	2	2	0	3	2	+1	2	3	3	6	
40	1	1	0	1	2	-1	0	1	2	3	
41	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
42	1	0	+1	1	3	-2	0	3	3	6	
43	1	2	-1	3	2	+1	2	3	3	6	
44	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
45	1	2	-1	3	2	+1	2	3	2	5	
46	1	2	-1	3	2	+1	2	3	3	6	
47	2	1	+1	3	1	+2	2	3	3	6	
48	1	1	0	3	1	+2	0	2	2	4	
49	0	1	-1	1	2	-1	0	1	3	4	
50	1	0	+1	3	2	+1	1	3	3	6	
51	2	0	+2	3	3	0	0	3	3	6	
52	2	1	+1	3	3	0	1	3	3	6	
N°	Conclusões Parciais						Conclusões Finais				

	Impotência (0-3)			Grau de Certeza			Impotência (0-3)	Grau de Certeza			
	Avaliador		Varição	Avaliador		Varição		Consenso	Avaliador		Consenso
	1	2	1-2	1	2	1-2			1	2	
53	3	0	+3	3	1	+2	2	3	3	6	
54	3	2	+1	3	2	+1	2	3	3	6	
55	1	1	0	3	3	0	1	2	2	4	
56	3	0	+3	3	3	0	0	3	3	6	
57	1	0	+1	3	2	+1	1	3	3	6	
58	0	0	0	1	3	-2	0	3	3	6	
59	3	2	+1	1	2	-1	2	3	3	6	
60	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
61	2	2	0	3	1	+2	2	3	3	6	
62	2	2	0	3	2	+1	2	3	3	6	
63	1	1	0	1	1	0	1	1	2	3	
64	1	0	+1	2	3	-1	0	3	3	6	
65	3	2	+1	3	2	+1	3	3	2	5	
66	0	0	0	1	2	-1	0	3	3	6	
67	0	0	0	1	3	-2	0	3	3	6	
68	1	1	0	3	2	+1	1	2	2	4	
69	1	1	0	3	2	+1	1	3	3	6	
70	0	0	0	3	3	0	0	3	3	6	
71	1	1	0	3	1	+2	1	3	3	6	
72	1	0	+1	1	2	-1	0	3	3	6	
73	3	3	0	3	2	+1	3	3	3	6	
74	3	3	0	3	1	+2	3	3	3	6	
75	1	1	0	1	2	-1	0	1	2	3	
76	1	0	+1	3	1	+2	1	1	1	2	
77	1	1	0	2	1	+1	1	1	1	2	

Nº	IMPOTÊNCIA (0 - 3)			GRAU DE CERTEZA (1 - 3)			CONCLUSÃO (GRAU)		
	1	2	1-2	1	2	1-2	IMPOTÊNCIA	1	2
01	2	1	+1	3	2	+1	2	3	3
02	2	0	+2	3	2	+1	1	3	3
03	0	0	0	3	3	0	0	3	3
04	1	1	0	3	2	+1	1	3	2
05	2	1	+1	2	2	0	1	2	2
06	3	2	+1	3	2	+1	3	3	2
07	1	0	+1	1	3	-2	0	1	3
08	1	1	0	2	2	0	1	3	3
09	1	0	+1	2	1	+1	1	2	2
10	2	1	+1	3	2	+1	2	3	2
11	1	0	+1	1	3	-2	0	3	3
12	2	2	0	3	2	+1	2	3	2
13	1	1	0	2	2	0	1	2	2
14	3	3	0	3	3	0	3	3	3
15	0	0	0	3	3	0	0	3	3
16	0	0	0	1	3	-2	0	3	3
17	1	0	+1	3	2	+1	1	3	3
18	3	3	0	3	2	+1	3	3	3
19	2	2	0	3	2	+1	2	3	3
20	2	1	+1	3	1	+2	1	3	3
21	1	0	+1	3	2	+1	1	3	3
22	0	0	0	3	3	0	0	3	3
23	2	1	+1	3	1	+2	1	3	3
24	0	0	0	1	3	-2	0	3	3
25	0	0	0	1	2	-1	0	3	3
26	3	3	0	3	2	+1	3	3	3
27	0	0	0	3	3	0	0	3	3
28	1	1	0	1	2	-1	1	2	2

Nº	IMPOTÊNCIA (0 - 3)			GRAU DE CERTEZA (1 - 3)			CONCLUSÃO (GRAU)		
	1	2	1-2	1	2	1-2	IMPOTÊNCIA	1	2
29	3	2	+1	3	3	0	2	3	3
30	0	0	0	1	3	-2	0	3	3
31	0	0	0	1	3	-2	0	3	3
32	0	0	0	1	3	-2	0	3	3
33	1	1	0	1	1	0	0	3	3
34	3	2	+1	3	2	+1	3	3	3
35	3	2	+1	3	2	+1	3	3	3
36	0	0	0	3	3	0	0	3	3
37	1	0	+1	1	3	-2	0	3	3
38	1	2	-1	1	2	-1	1	3	3
39	2	2	0	3	2	+1	2	3	3
40	1	1	0	1	2	-1	0	1	2
41	0	0	0	3	3	0	0	3	3
42	1	0	+1	1	3	-2	0	3	3
43	1	2	-1	3	2	+1	2	3	3
44	0	0	0	3	3	0	0	3	3
45	1	2	-1	3	2	+1	2	3	2
46	1	2	-1	3	2	+1	2	3	3
47	2	1	+1	3	1	+2	2	3	3
48	1	1	0	3	1	+2	0	2	2
49	0	1	-1	1	2	-1	0	1	3
50	1	0	+1	3	2	+1	1	3	3
51	2	0	+2	3	3	0	0	3	3
52	2	1	+1	3	3	0	1	3	3
53	3	0	+3	3	1	+2	2	3	3
54	3	2	+1	3	2	+1	2	3	3
55	1	1	0	3	3	0	1	2	2
56	3	0	+3	3	3	0	0	3	3

Nº	IMPOTÊNCIA (0 - 3)			GRAU DE CERTEZA (1 - 3)			CONCLUSÃO (GRAU)		
	1	2	1-2	1	2	1-2	IMPOTÊNCIA	1	2
57	1	0	+1	3	2	+1	1	3	3
58	0	0	0	1	3	-2	0	3	3
59	3	2	+1	1	2	-1	2	3	3
60	0	0	0	3	3	0	0	3	3
61	2	2	0	3	1	+2	2	3	3
62	2	2	0	3	2	+1	2	3	3
63	1	1	0	1	1	0	1	1	2
64	1	0	+1	2	3	-1	0	3	3
65	3	2	+1	3	2	+1	3	3	2
66	0	0	0	1	2	-1	0	3	3
67	0	0	0	1	3	-2	0	3	3
68	1	1	0	3	2	+1	1	2	2
69	1	1	0	3	2	+1	1	3	3
70	0	0	0	3	3	0	0	3	3
71	1	1	0	3	1	+2	1	3	3
72	1	0	+1	1	2	-1	0	3	3
73	3	3	0	3	2	+1	3	3	3
74	3	3	0	3	1	+2	3	3	3
75	1	1	0	1	2	-1	0	1	2

1 - Avaliador 1

2 - Avaliador 2

1-2 - Grau de Impotência atribuido pelo avaliador 1 - Grau de Impotência atribuido pelo avaliador 2

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAKELIAN, M. An assessment and nursing application of the concept of locus of control. In: ANS- ADVANCES IN NURSING SCIENCE. **Nursing theories and models**. Aspen, Aspen Systems , 1980. p.25-42.

BARRY, P.D. **Psychosocial nursing**: care of physically ill patients & their families. Philadelphia, Lippincott/ Raven, 3.ed., 1996a. cap.9, p.171-2.

_____. **Psychosocial nursing**: care of physically ill patients & their families. Philadelphia, Lippincott/ Raven, 3.ed., 1996b. cap.20, p.369.

BASTOS, A.V.B. Locus de controle no contexto organizacional: um estudo entre servidores de uma instituição pública de ensino superior . **Rev. Psicol.** v. 9/10 , n.1/2, p.3-22, 1991/92.

BENJAMIM, D. Powerlessness in chronic illness. **Prairie Rose**. v.65, n.4, p.9 a -10 a, 1996.

BIAZIN, D.T. **Locus de controle e desempenho no auto cateterismo**: estudo em paciente paraplégico. Ribeirão Preto, 1987. 194p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BOEING, M.H.; MONGERA, C.O. Powerlessness in critical care patients. **Dimens. Crit.Care Nurs.** v.8, n.5, p.274-9, 1989.

BUSH, J.P. Job satisfaction, powerlessness, and locus of control. **West. J. Nurs. Res.** v.10, n.6, p.718-31, 1988.

BUSSAB, W.O.; MORETTIN, P. **Estatística básica**. 4.ed. São Paulo, Atual, 1987.

_____. **Estatística básica**. São Paulo, Atual, 1995.

CAFFREY, R.A.; CAFFREY, P.A . Nursing: caring or codependent? **Nurs. Forum.** v.24, n.1, p.12-7, 1994.

CAMPOS, E.P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO, F.J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. cap. 22, p.234-63.

CARPENITO, L.J. Powerlessness. **Nursing diagnosis: application to clinical practice**. 6. ed. Philadelphia. J.B. Lippincott, 1995. p.691-9.

_____. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 6.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

CARVALHO, E.C. de; COLER, M.S. Diagnosis of the human response pattern, communicating: a proposal for revision. **Nurs. Diagn.** v. 6, n.4, p.155-60, 1995.

CHEMAMA, R. (org.). **Dicionário de psicanálise Lrousse**. Trad. por Francisco Franke Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

CRUZ, D.A.L.M. da **Aspectos psicossociais na assistência ao adulto institucionalizado**. São Paulo, 1996. / Mimeografado/.

_____. Diagnóstico de enfermagem: qual a abordagem no novo currículo. In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. de (org.) **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. Brasília, ABEn, 1997. (Série Didática: Enfermagem no SUS). p.100-5.

DALGARD, O.S.; BJORK, S.; TAMBS, K. Social support, negative life events and mental health. **Br. J. Psychiatry**. v.166, n.1, p.29-34, 1995.

DAMORIM, M.A. . Locus de controle, atitudes acerca da segurança e explicações para os acidentes no trabalho. **Rev. Psicol.** v.7/8, n.1/2, p.17-34, 1989/90.

DELA COLETA, J.A. **Atribuição de causalidade: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1982. cap.8, p.89-97: Locus de controle: uma variável no processo de aprendizagem social de Julian Rotter e um construto na

atribuição de causalidade.

DELA COLETA J.A., DELA COLETA, M.F. **Escalas para medidas de atitudes e outras variáveis psicossociais**. Ribeirão Preto, USP, 1996. p.28.

DELA COLETA, M.F. Locus de controle e satisfação conjugal. **Psicol. Teoria Pesq.**, v.8, n.2, maio/ago, p. 234-52, 1992.

_____. **O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular**. Brasília, 1995. 334p. Tese (Doutorado)- Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem**. 5.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.

DREW, B.L. Differentiation of hopelessness, helplessness, and powerlessness using Erik Erikson's "Roots of Virtue". **Arch. Psychiatr. Nurs.** v.4, n.5, p.332-37, 1990.

DUNN, J.D. Powerlessness regarding health-service barriers: construction of an instrument. **Nurs. Diagn.**, v.9, n.4, p.136-43, 1998.

FARIAS, J.N. de et al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa, Santa Marta, 1990. p.26.

FERREIRA, A.B. H. de **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

_____. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de

Janeiro, 1986, p.924.

GORDON, M.; SWEENEY, M.A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Adv. Nurs. Sci.** ,v.2, n.1, p.1-15, 1979.

GORDON, M. **Nurs. Diagn.:** process and application. 3.ed. St. Louis, Mosby, 1994.

_____. **Manual of nursing diagnosis:** 1997-1998. St. Louis, Mosby, 1997.

HACKETT, T.P.; ROSENBAUM, J.F. Emoção, doenças psiquiátricas e o coração. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular.** 2.ed. São Paulo, v.2, Roca, 1987. cap.57, p.1786-94, 1987.

HALLAL, J. C. The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. **Nurs. Res.** v.31, n.3, p.137-42, 1982.

HAWKS, H.J. Power: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.** v.16, n.6, p.754-62, 1991.

HELGESON, V.S. Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. **J. Pers. Soc. Psychol.** Am. Psychol. Assoc. v.63, n.4, p.656-66, 1992.

HORTA, W. de A. Gente que cuida de gente/ Editorial/ **Rev. Enf. Novas Dimens.** v.2, n.4, p.III, 1976.

HUPCEY, J.E. et al. Methods of concept analysis in nursing: a critique of Wilsonian methods. In: GIFT, A.G. (ed.). **Clarifying concepts in nursing research.** New York, Springer, 1997. cap.1, p.3-28.

KARLBERG, L. et al. Psychometric properties of a brief self-report type A questionnaire for use in primary health care. **Scand J. Prim. Health Care.** v.15,

1997, p.52-6.

KENNEDY, B.L.; LYNCH, G.V.; SCHWAB, J.J. Assessment of locus of control in patients with anxiety and depressive disorders. **J. Clin. Psychol.** v.54, n.4, 1998, p.509-15, University of Louisville.

KLIEWER, W.; SANDLER, I.N. Locus of control and self-esteem as moderators of stressor-symptom relations in children and adolescents. **J. Abnorm. Child. Psychol.** v.20, n.4, p.393-413, 1992.

KUBSCH, S.; WICHOWSKI, H.C. Restoring power through nursing intervention. **Nurs. Diagn.** v.8, n.1, p.7-15, 1997.

LACHMAN, M.E. Locus of control in aging research: a case for multidimensional and domain - specific assessment. **J. Psychol. Aging.** v.1, n.1, p.34-40, 1986.

LAMBERT, V.A.; LAMBERT, Jr.C.E. Role theory and the concept of powerlessness. **J. Psychosoc. Nurs. Mental Health Serv.** v 19, n.9, p.11-4, 1981.

LA ROSA, J. Locus de controle: uma escala de avaliação. **Psicol. Teoria Pesq.**, v.7, n.3, p.327-44, 1991.

LEFCOURT, H. M. **Locus of control.** New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1982.

LUNNEY, M. et al. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. **Nurs. Diagn.** v.8, n.4, p.157-66, 1997.

LUTJENS, L.R.J. The nature and use of nursing diagnosis in hospitals. **Nurs. Diagn.** v.4, n.3, p.107-13, 1993.

MARIA, V.L. R. **Elaboração de diagnósticos de enfermagem do paciente coronariano em estado crítico**. São Paulo, 1997. 232p. Tese. (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

McFARLAND, G.K.; McFARLANE, E.A. Powerlessness. **Nursing diagnosis & interventions: planning for patient care**. St.Louis, Mosby, 1989. p.621-9.

MELTZER, L. E.; PINNEO, R.; KITCHELL, J.R. **Enfermagem na unidade coronariana: bases, treinamento e prática**. São Paulo, Atheneu, 1997. p.88-93.

MIERS, L. J. Nanda's definition of nursing diagnosis: a plea for conceptual clarity. **Nurs. Diagn.** v.2, n.1, p.9-18, 1991.

MOCH, S.D. Towards a personal control/ uncontrol balance. **J.Adv. Nurs.** v.13, n.1, p.119-23, 1988.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. (org.). **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 diagnosis: definitions & classification 1997-1998**. Philadelphia, 1996.

_____. **Nursing diagnosis: definitions & Classification. 1999-2000**. Philadelphia, 1999.

PERES, E. M. **Aderência ao tratamento dialítico e dietético em pacientes portadores de insuficiência renal crônica**. Florianópolis, 1989. 159p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

PIERON, H. **Dicionário de psicologia**. Porto Alegre, Globo, 1969.

RAATIKAINEN, R. Power or the lack of it in nursing care. **J. Adv. Nurs.** v.19, n.3, p.424-32. 1994.

RAVAJA, N.; JARVINEN, L.K.; VIIKARI, J. Life changes, locus of control and metabolic syndrome precursors in adolescents and young adults: a three - year follow-up. **Soc. Sci. Med.** v.43, n.1, p.51-61, 1996.

REID, D.W. Participatory control and the chronic-illness adjustment process. In: LEFCOURT, H.M. **Research with the locus of control construct: extensions and limitations.** Orlando, Academic Press, 1984. v.3. cap.6, p.361-86.

RIBEIRO, A.S; RENGEL, H.P. Estudo comparativo sobre a ansiedade frente a cirurgia cardíaca entre pacientes coronarianos e valvopatas. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.** v. 2, n.1, p.9-12, 1992. Suplemento A .

RICCIO, G.M.G. et al. Validação de um instrumento de levantamento de dados para formulação dos diagnósticos de enfermagem. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo.** v.5, n.3, p.1-16, 1995. Suplemento A .

RODRIGUEZ-ROSETO, J. E. **Locus de controle e avaliação dos riscos de saúde no lar:** estudo comparativo entre mães e profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto, 1999. 204p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROMANO, B.W. Comportamento dos pacientes frente a insuficiência cardíaca congestiva. **Rev.Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.** v.5, n.4, p.1-4, 1995. Suplemento A.

ROSENBLUM, E.H.; STONE, E.J.; SKIPPER, B.E. Maternal compliance in immunization of preschoolers as related to health locus of control, health value, and perceived vulnerability. **Nurs. Res.** v.30, n.6, p.337-42, 1981.

ROTTER, J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of

- reinforcement. **Psychol. Monogr.** v. 80, n.1, p.1-21, 1966.
- _____. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. **J. Cons. Clin. Psychol.** v.43, n.1, p.56-67, 1975.
- SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento.** São Paulo, McGraw-Hill, 1975.
- SILVA, S.C.; KINA, C.; SHIOTSU, C.H. Sentimentos e reações relatados pelos pacientes ao presenciarem uma parada cardiorrespiratória. **Rev.Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.** v.2, n.2, p.3-6, 1992. Suplemento A.
- TAMAYO, A . Locus de control: diferencias por sexo y por edad. **Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.** v.39, n.4, p.301-8, 1993.
- VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística.** 3.ed. Rio de Janeiro. Campus. 1980.
- WALLSTON, K.A.; WALLSTON, B.S.; DEVELLIS, R. Development of the multidimensional health locus of control scales. **Health Educ. Monogr.** v.6, n.1. 1978. p.160-70.
- WARREN, H.C. **Diccionario de psicologia.** México, Fondo de Cultura Económica, 1948.
- WETHERBEE, L. L. Powerlessness and the hospice client. **Home Health Care Nurse.** v.13, n.5, p.37-41., 1995.
- WHITE, B.S.; ROBERTS, S.L. Powerlessness and the pulmonary alveolar edema patient. **Dimens. Crit. Care Nurs.** v.12, n.3, p.127-37, 1993.
- WRIGHTSON, K.J.; WARDLE, J. Cultural variation in health locus of control. **Ethnicity & Health.** v.2, n.12, p.13-20, 1997.

ZANETTI, M. L. **Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética.** Ribeirão Preto, 1990. 121p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.