



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

de Lima Lopes, Juliana; Nogueira-Martins, Luiz Antonio; de Andrade, Alexsandro Luiz; Bottura Leite
de Barros, Alba Lucia

Escala de diferencial semântico para avaliação da percepção de pacientes hospitalizados frente ao
banho

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 24, núm. 6, 2011, pp. 815-820

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023880015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Escala de diferencial semântico para avaliação da percepção de pacientes hospitalizados frente ao banho*

Semantic differential scale for assessing perceptions of hospitalized patients about bathing

Escala de diferencial semântico para la evaluación de la percepción de pacientes hospitalizados frente al baño

Juliana de Lima Lopes¹, Luiz Antonio Nogueira-Martins², Alexsandro Luiz de Andrade³, Alba Lucia Bottura Leite de Barros⁴

RESUMO

Objetivo: Construir e validar uma escala de diferencial semântico que avalie a percepção dos pacientes em relação ao banho. **Métodos:** A primeira etapa, constou da construção da escala, conforme os parâmetros teóricos específicos e a segunda etapa, foi composta por procedimentos de validação fatorial e o cálculo dos coeficientes de confiabilidade da medida. Participaram do estudo de validação 130 pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Resultados:** A medida de diferencial semântico resultante apresentou como produto uma escala bidimensional com coeficientes de confiabilidade alfa Cronbach superiores a 0,90. **Conclusão:** A escala pode ser considerada um instrumento válido e confiável para avaliação da percepção dos pacientes frente aos banhos de chuveiro e no leito.

Descritores: Estudos de validação; Diferencial semântico; Percepção; Banhos; Pacientes internados; Unidades de terapia intensiva

ABSTRACT

Objective: To construct and validate a semantic differential scale to assess patients' perceptions in regarding bathing. **Methods:** The first stage consisted of constructing a scale, conforming to specific theoretical parameters, and the second stage consisted of factorial validation procedures and calculation of the measure of reliability coefficients. One hundred thirty patients admitted to the Intensive Care Unit participated in the validation study. **Results:** The resulting measure of semantic differential presented as a product of a two-dimensional scale with Cronbach's alpha reliability coefficients greater than 0.90. **Conclusion:** The scale can be considered a valid and reliable instrument for assessing patients' perceptions regarding showers and bed baths.

Keywords: Validation studies; Semantic differential; Perception; Baths; Inpatients; Intensive care units

RESUMEN

Objetivo: Construir y validar una escala de diferencial semántico que evalúe la percepción de los pacientes en relación al baño. **Métodos:** La primera etapa, constó de la construcción de la escala, conforme los niveles teóricos específicos y la segunda etapa, estuvo compuesta por procedimientos de validación factorial y el cálculo de los coeficientes de confiabilidad de la medida. En el estudio de validación participaron 130 pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Resultados:** La medida del diferencial semántico resultante presentó como producto una escala bidimensional con coeficientes de confiabilidad alfa Cronbach superiores a 0,90. **Conclusión:** La escala puede ser considerada un instrumento válido y confiable para la evaluación de la percepción de los pacientes frente a los baños de ducha y en la cama.

Descriptores: Estudios de validación; Diferencial semántico; Percepción; Baños; Pacientes internos; Unidades de terapia intensiva

* Trabalho realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil. Parte da dissertação de mestrado "Banho de aspersão e no leito: comparação da percepção e do nível de ansiedade dos pacientes com infarto agudo do miocárdio", apresentada à Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Pós-graduanda (Doutorado) em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil. Enfermeira do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

² Livre Docente. Professor Associado, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

³ Professor Adjunto, Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Vitória (ES), Brasil.

⁴ Professora Titular, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

Autor Correspondente: Juliana de Lima Lopes

R. Napoleão de Barros, 754 - Vila Clementino - São Paulo - SP - Brasil

CEP. 04024-002 E-mail: julianalimalopes@gmail.com

Artigo recebido em 26/10/2010 e aprovado em 08/06/2011

INTRODUÇÃO

A internação hospitalar pode trazer uma série de mudanças nos hábitos de vida dos pacientes, um destes hábitos que, frequentemente, se altera é a higienização corporal, que é substituída pelo banho no leito⁽¹⁾.

O banho contribui para a recuperação dos pacientes hospitalizados, implementando saúde e qualidade de vida. Entretanto, mesmo sendo uma das necessidades mais importantes para as pessoas, os profissionais da área da saúde não dão a devida importância.

Atualmente, no cotidiano da enfermagem, observa-se uma preocupação com o cumprimento das normas e rotinas que levam a um cuidado fragmentado, centrado na execução de uma tarefa⁽²⁾. Com frequência, os profissionais da saúde esquecem que, ao realizarem o banho, estão manipulando o corpo do outro, invadindo sua privacidade e intimidade, causando insatisfação e ansiedade⁽³⁻⁴⁾.

Frente a estas situações, cabe ao enfermeiro observar e identificar as percepções dos pacientes no intuito de adaptá-lo ao ambiente e amenizar seu sofrimento. Poucos são os estudos que avaliam a percepção do paciente frente ao banho, sendo a maioria são estudos qualitativos. Desta forma, surgiu a necessidade de elaborar um instrumento confiável que possibilite identificar a percepção do paciente frente ao banho.

A construção de escalas que avaliem a percepção do paciente frente às ações executadas por profissionais de enfermagem, possibilita guiar as ações dos enfermeiros, garantindo um cuidado mais humanizado. Além do que, proporciona um conhecimento claro e confiável sobre os determinantes subjetivos, positivos e negativos do processo de bem-estar do paciente.

OBJETIVO

Construir e validar uma escala de diferencial semântico que avalie a percepção do paciente em relação ao banho.

MÉTODOS

O método base para condução deste estudo foi o Diferencial Semântico (DS). O DS é uma das técnicas, que tem sido frequentemente utilizada para avaliar a percepção afetiva das pessoas sobre situações objetivas e subjetivas de seu dia a dia. Foi criado por Osgood, Suci e Tannenbaum, ao perceberem a necessidade de avaliar a afetividade e as qualidades de um conceito e as formas de quantificar o significado afetivo das atitudes, opiniões, percepções, imagem social, personalidade, preferências e interesses das pessoas e/ou pacientes frente a conteúdos voltados à sua saúde, tratamento e doença, que não são diretamente mensuráveis⁽⁵⁾.

Os passos que envolvem esse método são os seguintes: Definição dos conceitos a serem avaliados; Descrição, por meio de adjetivos, das propriedades do conceito avaliado; Avaliação pelos respondentes de algum conceito em particular dentro de um conjunto de escalas semânticas. O conceito, a ser avaliado, pode ser expresso por uma

palavra, frase ou figura e possui significado psicológico variável, conforme o grupo que o avalia⁽⁵⁾.

As escalas semânticas são normalmente de sete ou cinco pontos, tendo em cada extremo dois adjetivos opostos, por meio dos quais, os sujeitos avaliam o conceito, colocando uma marca na posição que mais se aproxima de seus sentimentos. Um adjetivo polar é considerado “positivo” e o outro, polar oposto, “negativo”, por exemplo, bom e mau, respectivamente.

O conceito a ser avaliado é colocado na parte superior de uma folha e, abaixo, são colocadas as escalas a serem julgadas e, classificadas pelos sujeitos, como mostra o exemplo abaixo.

Bom ____:____:____:____:____:____ Ruim

Cada intervalo de pontos representa uma determinada magnitude, expressa implícita ou explicitamente por quantificadores (exprimem o grau da resposta-significado), sendo o central, a origem e o ponto neutro. Os intervalos recebem um valor numérico podendo ser: -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3 ou 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7⁽⁶⁾.

Os adjetivos são escolhidos, de acordo com a melhor adequação ao problema de pesquisa. Desta forma, não existem padrões; as escalas e os conceitos usados em determinado estudo dependem da finalidade de cada pesquisa⁽⁶⁾. A escala de diferencial semântico vem sendo utilizada nas áreas sociais e humanas, entretanto, estudos na área da saúde ainda são escassos⁽⁷⁻¹²⁾.

Procedimentos de construção e características da medida

A pesquisa foi realizada no Instituto do Coração e dividida em duas fases. A primeira, constou da construção da escala de diferencial semântico e a segunda, dos procedimentos de validação e precisão.

Construção da escala de diferencial semântico

Para a construção das escalas bipolares, foram usados cinco dos seis passos descritos por Pereira⁽⁵⁾; no entanto, algumas modificações pertinentes para este estudo tiveram de ser consideradas. A primeira etapa, descrita por Pereira, é a identificação dos conceitos por meio da tradução da lista-padrão de Osgood⁽⁵⁾. Contudo, os conceitos analisados neste estudo já eram definidos: banho no leito e banho de aspersão e, por esta razão, esta etapa não foi realizada por ser considerada cumprida. Desta forma, as etapas do estudo seguiram a seguinte ordem:

- a primeira etapa, constou da escolha dos descritores qualitativos (adjetivos) para os conceitos analisados. Esta escolha foi realizada por 25 pacientes de ambos os sexos, e os critérios de inclusão foram: pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva; que tivessem recebido, ao menos, uma vez os banhos no leito e de aspersão e que tivessem nacionalidade brasileira. Os pacientes completaram com três qualificativos (adjetivos), as seguintes frases: “O banho no leito é: _____” e “O banho no chuveiro é: _____”.

- a segunda etapa, constou da análise e eliminação dos adjetivos que, semanticamente, possuíam o mesmo significado dentro das escalas. Esta análise foi realizada por

uma professora de semântica e linguística.

- a terceira etapa, constou da obtenção de opostos para os adjetivos selecionados. Para isto, foi criado um instrumento para que cinco *experts* em língua portuguesa e 15 enfermeiros identificassem os respectivos adjetivos opostos. Os *experts* em língua portuguesa eram professores da área, com atuação de, pelo menos, cinco anos na profissão e os enfermeiros com o mínimo de dois anos de atuação. Foram dadas instruções tanto escritas como orais no sentido de que evitassem dar como opostos, palavras difíceis, ambíguas e de pouco uso comum; ao contrário, pediu-se que identificassem como opostos, palavras conhecidas, simples e de uso corrente, portanto, de fácil entendimento. Foram incluídos os opostos que tiveram mais de 80% de concordância entre os *experts* e os enfermeiros.

- a quarta etapa, relacionou-se com o procedimento de validade de face, constando de uma análise minuciosa de cada um dos pares de adjetivos opostos por um professor de semântica e linguística, para garantir que não existissem escalas inapropriadas, duvidosas, inexpressivas, similares ou redundantes, em razão das características próprias do conceito a ser avaliado.

- após a realização da quarta etapa, julgou-se necessária a inclusão de uma nova etapa (quinta etapa), não descrita por Pereira, a de identificar os adjetivos, como sendo positivos ou negativos ao analisar o banho. Para realização desta fase, 40 pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, julgaram cada adjetivo e seus respectivos antônimos e os identificaram como positivos ou negativos, ao se avaliar os banhos no leito e o de aspersão.

- a partir da definição dos polos positivos e negativos, foi criada a escala de avaliação do DS. Com o objetivo de evitar qualquer tipo de tendenciosidade, Pereira⁽⁵⁾ sugere na sexta etapa, que os adjetivos sejam aleatorizados de duas maneiras: quanto à ordem de apresentação dos adjetivos e quanto à polaridade, para evitar que polos positivos ou negativos de cada adjetivo bipolar estejam sempre dirigidos a um mesmo lado no conjunto total. Desta forma, a colocação de cada adjetivo nas escalas, tanto para a sequência, como para os polos (direito e esquerdo) foi feita por sorteio.

Validação da escala de diferencial semântico

A escala foi submetida a procedimentos de validade fatorial e discriminante, bem como foram estabelecidos os limites de precisão e confiabilidade do instrumento.

O procedimento de validação fatorial corresponde a um conjunto de técnicas estatísticas, cujo objetivo direciona uma explicação sobre a correlação ou covariância, entre um conjunto de variáveis observadas. Os elementos de precisão e confiabilidade, por sua vez, relacionam-se com aspectos de confiança do escore gerado pelos instrumentos de medida. Tal propriedade é comumente calculada pelo coeficiente alfa de Cronbach, e os valores de referência para uma boa escala são os superiores a 0,70⁽¹³⁾.

Com este objetivo, a medida foi aplicada em 130 pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva e em dois momentos (banho de aspersão e banho no

leito). Os critérios de inclusão para estes pacientes foram: pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, que haviam recebido, ao menos uma vez os banhos no leito e de chuveiro; de nacionalidade brasileira; com ausência de déficit visual ou cognitivo (rebaixamento do nível de consciência, confusão); alfabetizados e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por se tratar de um estudo de construção de ferramentas de investigação, a amostra do estudo possui um caráter de conveniência de acesso dos pesquisadores. Desta forma, foi seguida a orientação de Pasquali⁽¹³⁻¹⁴⁾ e obedecido o critério de amostra acima de 100 indivíduos para realização dos procedimentos de análise fatorial e cálculos de confiabilidade.

Análise de dados e aspectos éticos do estudo

Os dados dessa fase da pesquisa foram analisados com auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 13.0. Inicialmente, realizaram-se cálculos de estatística descritiva com todos os itens da escala. Na sequência, foi verificada a estrutura dimensional da escala, por meio da análise fatorial exploratória, e os cálculos dos índices de confiabilidade alfa de Cronbach para os itens das subescalas resultantes, bem como o índice de correlação entre os fatores. Anteriormente à realização deste estudo, o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e do Instituto do Coração.

RESULTADOS

Em relação a primeira fase de construção da escala (identificação dos adjetivos), a amostra constituiu-se por 25 pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, sendo 14 (56%) do sexo masculino e 11 (44%) do feminino. Quanto à identificação dos adjetivos opostos, a amostra foi constituída por cinco *experts* em língua portuguesa, todos professores, com idade entre 31 e 41 anos (média de 36,8 anos) e com tempo de atuação entre 7 e 17 anos (média 11,2) e 15 enfermeiros com idade entre 25 e 39 anos (média de 30,9) e com tempo de atuação entre 2 e 15 anos (média de 7,1).

Para a identificação dos adjetivos como sendo positivos ou negativos, a amostra constituiu-se de 40 pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Os pacientes tinham idades entre 42 e 69 anos (média de 57,8 anos), 21(53%) eram do sexo masculino e 19 (47%) do sexo feminino.

A amostra focada nos procedimentos de validação foi constituída por 130 pacientes, e 72 (55,38%) eram do sexo feminino e 58 (44,62%) do sexo masculino. A faixa etária variou entre 49 e 69 anos e média de 57,7 anos.

Construção e validação da escala de diferencial semântico

A construção da escala foi realizada, utilizando-se os seis passos descritos anteriormente. Na primeira etapa para a construção da escala, foram identificados 36 adjetivos relacionados aos banhos de chuveiro e no leito: bom, cansativo,

confortável, demorado, necessário, desconfortável, higiênico, difícil, ótimo, fundamental, quente, incômodo, constrangedor, insuficiente, limpa, motivador, fácil, suficiente, molhado, satisfatório, morno, agradável, rápido, animador, refrescante, completo, ruim, eficiente, seco, independente, desagradável, humilhante, excelente, péssimo, frio e relaxante.

Na segunda etapa, seis adjetivos foram excluídos pela *expert* em semântica e linguística, por apresentarem o mesmo significado semântico dentro das escalas: excelente, fundamental, péssimo, humilhante, ótimo e morno. A terceira etapa, constou da identificação dos antônimos dos 30 adjetivos identificados na segunda etapa. Foram considerados e selecionados somente os que obtiveram 80% de concordância entre os *experts*. O adjetivo “refrescante” foi excluído do estudo pelo fato de não haver concordância com seu respectivo antônimo. Outro adjetivo que não houve concordância, foi “constrangedor”, contudo, os pesquisadores acreditavam que este seria um adjetivo fundamental para avaliar a percepção do banho e, por esta razão, foi mantido e denominado como oposto à palavra: “não constrangedor”.

A quarta etapa, constou da análise de cada um dos 21 pares de adjetivos opostos para garantir que não existissem escalas inapropriadas, duvidosas, inexpressivas, similares ou redundantes. Após a análise qualitativa dos pares de adjetivos opostos, nenhuma escala foi eliminada.

A etapa seguinte, identificou se o adjetivo era considerado como positivo ou negativo ao avaliar o banho e observou-se que todos tiveram mais de 80% de concordância. Os adjetivos considerados como positivos foram: bom, quente, agradável, limpa, higiênico, satisfatório, fácil, completo, suficiente, confortável, necessário, rápido, relaxante, eficiente, animador, independente, motivador, molhado, cômodo, não constrangedor e repousante. Os adjetivos negativos foram: desagradável, ruim, constrangedor, cansativo, incômodo, seco, demorado, desconfortável, difícil, frio, insuficiente, desmotivador, ineficiente, dependente, desanimador, estressante, anti-higiênico, incompleto, desnecessário, insatisfatório e suja.

Após a construção da escala, com os devidos ajustes no que se refere à validade de face e de conteúdo dos itens, foi realizada a verificação de elementos de validade fatorial ou construto.

Iniciou-se com a análise dos componentes principais, para verificar a adequação da amostra à análise fatorial pelos testes índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o de esfericidade de Bartlett. O primeiro, trabalha com as correlações parciais das variáveis, devendo ter índices iguais ou superiores a 0,6, demonstrando a viabilidade dos dados ao procedimento da análise fatorial. O segundo, comprova a hipótese de que a matriz de covariâncias é de identidade. Na amostra do presente

estudo, o KMO obteve o valor de 0,92, e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo no nível de 0,0001%.

Para decisão do número de fatores a serem extraídos, optou-se pelo método da análise paralela. Os dados da Tabela 1 apresentam os autovalores empíricos e os aleatórios. Verifica-se que, até o fator 2, os autovalores empíricos são superiores aos aleatórios. Já do componente 3 em diante, os valores empíricos são menores que o valor aleatório, apontando para uma solução de dois fatores.

Definida uma estrutura bifatorial, utilizou-se o método de análise fatorial dos eixos principais (*principal axis factoring*) para extração dos fatores. A rotação escolhida foi a promax, pelo fato de ser oblíqua e permitir a correlação entre os fatores⁽¹⁰⁾. A fim de assegurar que cada item representava o construto subjacente ao fator, foi estipulada uma saturação fatorial mínima de 0,4 para aceitar o item. Dos pares de adjetivos finais, três (demorado/rápido, quente/frio e seco/molhado) foram excluído pelo fato de obter carga fatorial menor que 0,4.

Os dados da Tabela 2 apresentam a distribuição dos 18 pares adjetivos finais nos respectivos fatores, com os valores relativos à variância explicada por fator, coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach, cumanalidade e número de itens por fator.

Tabela 2 - Matriz fatorial – Rotação promax dos pares de adjetivos

Itens	F 1	F 2	H ²
Relaxante/estressante	0,98		0,80
Satisfatório/insatisfatório	0,96		0,79
Ineficiente/eficiente	0,86		0,71
Animador/desanimador	0,80		0,71
Bom/ruim	0,76		0,69
Repousante/cansativo	0,71		0,64
Higiênico/anti-higiênico	0,68		0,61
Desnecessário/necessário	0,61		0,50
Fácil/difícil	0,49		0,49
Insuficiente/suficiente	0,43		0,65
Confortável/desconfortável		0,92	0,80
Constrangedor/não constrangedor		0,81	0,66
Cômodo/incômodo		0,73	0,72
Agradável/desagradável		0,72	0,74
Suja/limpa		0,56	0,67
Motivador/desmotivador		0,49	0,70
Incompleto/completo		0,48	0,61
Independente/dependente		0,46	0,50
Total de itens	10	8	
Coeficiente de confiabilidade	9,20	9,00	
Variância explicada por fator	47,50	7,70	

Com base nos resultados, é possível observar uma estrutura interna consistente da medida. Os 18 itens finais carregaram em dois fatores bem definidos. O primeiro fator, recebeu a nomenclatura de Aceitação,

Tabela 1 - Autovalores empíricos e aleatórios dos primeiros dois componentes da escala obtidos por meio da análise paralela

Autovalores	Componentes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Empírico	9,96	1,62	1,35	1,04	0,92	0,82	0,78	0,62
Aleatório	1,54	1,44	1,37	1,30	1,25	1,20	1,15	1,10

contemplando itens que acessam aspectos ligados à aceitação do banho pelo paciente, agradabilidade, satisfação e elementos de percepção de higiene. O segundo fator, por sua vez, foi chamado de Avaliação e relacionou-se com a percepção da qualidade do banho, bem como da relação da motivação para o banho, aspectos de constrangimento e dependência de outros.

Os coeficientes de confiabilidade dos dois fatores foram todos elevados, favorecendo a hipótese de precisão e consistência interna da medida. Aspectos estes que indicam a viabilidade de uso do instrumento para futuros estudos sobre os aspectos subjetivos da percepção dos banhos.

DISCUSSÃO

Os adjetivos identificados no presente estudo, frequentemente, foram relatados em pesquisas qualitativas que avaliaram a percepção dos pacientes frente ao banho: desagradável⁽¹⁵⁾, constrangedor^(1,15-20), indispensável⁽¹⁵⁾, difícil^(15,20), desconfortável^(15,20), não limpa⁽¹⁵⁾, seco⁽¹⁵⁾, frio⁽²⁰⁾, incompleto⁽¹⁵⁾, desumano⁽¹⁵⁾, demorado⁽¹⁵⁾, insatisfatório⁽¹⁵⁾ e dependente⁽²⁰⁾, aspecto que corrobora a validade de conteúdo e face da medida, tendo além indicadores de compreensão dos itens, relatos de associação com outras formas de descrição do fenômeno banho.

Observou-se que a escala inicial era composta por 21 pares de adjetivos e após a análise dos componentes principais, submetidos à rotação promax, apenas três (demorado/rápido, quente/frio e seco/molhado) foram excluídos pelo fato de obterem carga fatorial menor que 0,4. A versão final, portanto, ficou composta de dois fatores (Aceitação e Avaliação), resultando em um total de 18 pares adjetivos, avaliados, mediante escalas semânticas de sete pontos.

Frente ao cumprimento de todos os passos metodológicos sugeridos pelo estudo de base sobre o diferencial semântico⁽⁵⁾, a medida pode ser considerada validada e confiável, tanto do ponto de vista aplicado,

possibilitando a diferenciação numérica em termo do grau de agradabilidade e demais aspectos afetivos entre o banho de aspersão e no leito, bem como estatístico, apresentando resultados consistentes do ponto de vista dos aspectos psicométricos, atingindo, desta forma, os requisitos inerentes, conforme a teoria de medida dos fenômenos subjetivos (psicometria).

A criação da escala de diferencial semântico possibilitará a avaliação da percepção dos pacientes frente ao banho e poderá ser usada nos pacientes cardiopatas e internados em Unidade de Terapia Intensiva.

A identificação quantitativa da percepção frente um determinado procedimento de enfermagem possibilitará o entendimento de determinantes do conforto do paciente e, conseqüentemente, guiará as ações de enfermagem, aprimorando a qualidade da assistência prestada.

Limitação do estudo

A limitação do estudo relacionou-se à amostra populacional. A construção e a validação da escala de diferencial semântico foram realizadas com pacientes cardiopatas, internados em Unidade de Terapia Intensiva. Para ser replicável para outras populações, é necessária a realização de outros estudos de validação com pacientes portadores de outras doenças, tanto clínicas como cirúrgicas.

CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido resultou em uma escala validada que avalia a percepção dos pacientes frente aos banhos de aspersão e no leito. A obtenção de uma escala validada é de extrema importância e relevância para os profissionais de enfermagem, uma vez que será possível avaliar e modificar os pontos negativos do banho, direcionando a orientação de enfermagem e intensificando a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Nakatani AY, Souza AC, Gomes IV, Sousa MM. O banho no leito em unidade de terapia intensiva: uma visão de quem percebe. *Ciênc Cuid Saúde*. 2004;3(1):13-21.
2. Buógo M, Cogo AL. Desvelando significados do primeiro banho no leito para alunos de um curso de auxiliares de enfermagem. *Rev Gaúch Enferm*. 2002; 23(2):51-67.
3. Pupulim JS, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(3):433-8.
4. Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Gonçalves MA, Barros AL. Comparing levels of anxiety during bed and shower baths in patients with acute myocardial infarction. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(2):217-23.
5. Pereira CA. O Diferencial semântico: uma técnica de medidas nas ciências humanas e sociais. São Paulo: Ática;1986.
6. Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PH. The measurement of meaning. Urbana: University of Illinois;1957.
7. Repetto MA, Souza MF. Congruência entre o enfermeiro e o paciente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida quanto aos conceitos: percepção da doença e imagem corporal. *Acta Paul Enferm*. 1999;12(2):85-93.
8. Ferreira NM, Cezareti IU, Ferreira AF. Câncer: significado afetivo para alunos de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 1994;7(2/4):47-54.
9. Lane ST, Horta WA. Significado psicológico da saúde como função de contingências grupais em duas faculdades de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 1976;10(1):15-56.
10. Andrade AL, Cruz RM, Paul S, Bitencourt RF. Construção de escalas de diferencial semântico: medida de avaliação de sons no interior de aeronaves. *Aval Psicol*. 2009;8(2):197-208.
11. Jenkins CD. The semantic differential for health. A technique for measuring Beliefs about diseases. *Public Health Rep*. 1966;81(6): 549-58.
12. Bringsén Å, Andersson HI, Ejlertsson G. Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scand J Public Health*. 2009; 37(1):13-9.

13. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes; 2003.
14. Pasquali L, Organizador. *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPam; 2005. Rotação dos fatores; p. 87-103.
15. Lopes CL, Barbosa MA, Teixeira ME, Aquino RV. Percepção dos pacientes, sem capacidade para autocuidar-se, sobre a operacionalização do banho no leito. *Rev Bras Enferm*. 1996;49(2):259-66.
16. Pupulim JS, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(3):433-8.
17. Allekian CI. Intrusions of territory and personal space: an anxiety-inducing factor for hospitalized persons - an exploratory study. *Nurs Res*. 1973;22(3):236-41.
18. Ide CAC. O paciente de unidade de terapia intensiva e a percepção dos cuidados de higiene corporal. *Rev Esc Enferm USP*. 1988; 22(2):151-7.
19. Figueredo NM, Machado WC. A nudez do cliente: o (des) equilíbrio no cuidado de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 1996;4(2):143-52.
20. Davim RM, Torres GV, Silva RA, Silva DA. Percepção de pacientes acamados quanto ao banho no leito: um estudo de caso. *Rev Tec-Cient Enferm*. 2004;2(7):24-6.