



Revista da Escola de Enfermagem da USP
ISSN: 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Giffoni Braga, Cristiane; de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, Diná
Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 39, núm. 3, 2005, pp. 350-357
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033282014>

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

Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos*

POWERLESSNESS: DIFFERENTIATION FROM OTHER DIAGNOSES AND CONCEPTS

SENTIMIENTO DE IMPOTENCIA: DIFERENCIACIÓN DE OTROS DIAGNÓSTICOS Y CONCEPTOS

Cristiane Giffoni Braga¹, Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz²

* Extraído da Tese "Construção e validação de um instrumento para avaliação do *sentimento de impotência*", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), 2004

¹ Enfermeira. Doutora pela EEUSP. Professora da Disciplina Semiótica e Semiotécnica da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. cristianebraga@uol.com.br

² Enfermeira. Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. mtmif@usp.br

RESUMO

O conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico de enfermagem ainda está pouco desenvolvido. No entanto, os diagnósticos de enfermagem só terão significado se olharmos para cada diagnóstico como um conceito que denota um fenômeno. Além de familiaridade com o processo diagnóstico, a enfermeira precisa dispor-se a explorar conceitualmente os diagnósticos potencialmente freqüentes na sua prática clínica. Nesse contexto, a diferenciação entre o diagnóstico de *sentimento de impotência* e outros diagnósticos pode ser extremamente difícil. Este artigo apresenta uma análise teórica sobre as relações do diagnóstico de *sentimento de impotência* com outros conceitos que pode ser útil para a aplicação clínica desse diagnóstico.

ABSTRACT

The theoretical-conceptual knowledge that supports each nursing diagnosis is still not well-developed. However, nursing diagnoses are meaningful only if we look at each one as a concept that denotes a phenomenon. In addition to familiarity with the diagnostic process, nurses need to be willing to conceptually explore potentially frequent diagnoses in their clinical practice. In this context, differentiating *powerlessness* from other diagnoses could be extremely difficult. This article presents a theoretical analysis of the relationship between *powerlessness* and other concepts that could be useful for the clinical application of the diagnosis.

RESUMEN

El conocimiento teórico-conceptual que sustenta cada diagnóstico de enfermería aún está poco desarrollado. Entre tanto, los diagnósticos de enfermería sólo tendrán significado si miramos a cada uno de ellos como un concepto que denota un fenómeno. Además de familiaridad con el proceso diagnóstico, la enfermera precisa disponerse a explorar conceptualmente los diagnósticos potencialmente frecuentes en su práctica clínica. En ese contexto, la diferenciación entre el diagnóstico de *sentimiento de impotencia* y otros diagnósticos puede ser extremadamente difícil. Este artículo presenta un análisis teórico sobre las relaciones del diagnóstico de *sentimiento de impotencia* con otros conceptos que puede ser útil para la aplicación clínica de ese diagnóstico.

DESCRITORES

Diagnóstico de enfermagem.
Poder (Psicologia).
Formação de conceito.

KEY WORDS

Nursing diagnoses.
Power (Psychology).
Concept formation.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de enfermería.
Poder (Psicología).
Formación de concepto.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de enfermagem é um instrumento de planejamento direcionado para as necessidades de cuidados em situações clínicas específicas. Um diagnóstico de enfermagem, quando adequadamente desenvolvido, permite à enfermeira articular várias manifestações dos pacientes a um enunciado, e esse enunciado a um curso de ações de enfermagem⁽¹⁾. Assim, o diagnóstico é uma estrutura útil para guiar a prática de enfermagem e para organizar o conhecimento sobre o qual essa prática se fundamenta⁽¹⁾.

Apesar de o potencial dos sistemas padronizados de linguagem ser muito claro, o trabalho de desenvolvimento das categorias diagnósticas e dos sistemas de classificação ainda está em estágios iniciais, destacando-se as questões referentes à clareza conceitual de cada diagnóstico⁽¹⁾. Os diagnósticos de enfermagem só têm significado se olharmos para cada diagnóstico como um conceito que denota um fenômeno⁽²⁾.

O desenvolvimento de conceitos é uma área importante do trabalho teórico da enfermagem. A aplicação de modelos de desenvolvimento de conceitos pode ser útil para diferenciar um diagnóstico de outro⁽³⁾. Ao formular um diagnóstico, a enfermeira se vê diante da tarefa de julgar qual diagnóstico seria a melhor representação de um determinado conjunto de características definidoras. Quando vários diagnósticos compartilham algumas das características definidoras presentes na situação, o grau de incerteza no julgamento é freqüentemente alto, assim como também é alto o risco de diagnósticos pouco acurados. A acumulação de resultados de estudos que tratem de cada diagnóstico como um conceito, e de estudos que analisem as relações entre diagnósticos que expressam conceitos relacionados podem oferecer sustentação para as decisões diagnósticas na enfermagem.

Este artigo apresenta uma análise teórica sobre as relações do diagnóstico de *sentimento de impotência* com outros conceitos.

CONCEITO

Há extensas discussões e diferentes perspectivas sobre o que vem a ser um conceito⁽⁴⁾. Alguns autores afirmam que os conceitos são, essencialmente, símbolos para elementos objetivos do mundo⁽⁵⁾. Outros autores discutem o assunto focalizando a mente, o pensamento humano. Afirmam, por exemplo, que conceito é uma imagem mental, uma palavra que simboliza idéias e significados e

que expressa uma abstração⁽⁶⁾. Conceitos são idéias derivadas das experiências perceptuais com eventos, objetos ou propriedades⁽⁷⁾. Ainda há uma terceira perspectiva em que o conceito é discutido especificamente em referência à linguagem. Nessa perspectiva um conceito é simplesmente uma palavra à qual se vincula um significado através de uma definição formal ou através do seu uso comum⁽⁸⁾.

Simplificando muito as possíveis discussões sobre o que vem a ser um conceito, assumimos para este trabalho que conceito é a imagem mental de um fenômeno; é a idéia que temos na mente sobre uma coisa ou sobre uma ação⁽⁵⁾. Conceito é um pensamento, uma noção ou uma idéia⁽⁹⁾. Usamos a linguagem para expressar conceitos e assim atribuímos nomes, títulos ou palavras aos conceitos para comunicar nossas idéias. As palavras que usamos não são os conceitos, são apenas instrumentos para comunicá-los⁽⁵⁾. Como somos dependentes da linguagem para comunicar nossas idéias, e mesmo para pensar, muitas vezes é difícil distinguir a *idéia de um objeto* – o conceito – da palavra que usamos para expressá-lo.

Para comunicar um conceito utiliza-se a linguagem pretendendo-se que as palavras, termos ou expressões, representem a idéia envolvida. Por isso, diz-se que, a rigor, a palavra, os termos ou expressões não são o conceito em si, mas uma representação dele. Um dos principais requisitos da palavra que designa o conceito é que ela seja capaz de expressar através de seu significado o que realmente ocorre na realidade empírica⁽¹⁰⁾, isto é, a(s) palavra(s) usada(s) para designar um conceito deve(m) significar idéias muito semelhantes para diferentes pessoas; deve refletir o mesmo conceito para diferentes pessoas.

Os fenômenos presentes nas experiências humanas são nomeados, são rotulados, para que possam ser comunicados ou colocados sob observação. Nomear um conceito é uma experiência altamente individual que envolve interpretações do fenômeno, incluindo opiniões e especulações⁽¹¹⁾. Quando se trata de conceitos científicos, como o que se deseja que sejam os diagnósticos de enfermagem, é importante que esse processo de nomeação seja extremamente cuidadoso. A natural arbitrariedade na nomeação dos conceitos pode trazer dificuldades na vida diária, interferindo na qualidade e resultados dos processos comunicativos. Os efeitos dessa natural arbitrariedade, quando se trata de conceitos focais de uma prática profissional culminam com confusões teóricas e operacionais que em nada contribuem para o desenvolvimento da profissão. A perspectiva operacional é a da aplicação clínica desses conceitos; refere-se ao

Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos

uso que cada enfermeira faz desses conceitos em cada encontro com seus pacientes ou clientes. Operacionalizar um conceito é traduzi-lo em eventos ou fenômenos observáveis⁽⁹⁾. Muitos dos conceitos pertinentes à saúde têm alto grau de abstração, são complexos, têm várias dimensões e, para complicar, não são estáticos, estão continuamente incorporando novos conhecimentos, experiências, percepções e dados⁽¹¹⁾.

Os fenômenos clínicos pertinentes à contribuição da enfermagem para a saúde são conceitos focais da enfermagem. Os nomes que se atribuem a esses conceitos – os rótulos diagnósticos - precisam ser sistemática e continuamente considerados de forma que as idéias possam ser consistentemente comunicadas.

Conceitos são elementos-chave para relacionar os aspectos teóricos com as consequências empíricas⁽¹⁰⁾ e por isso são fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento. Toda investigação científica trabalha com conceitos. Nos casos de conceitos recentemente introduzidos, ou pouco trabalhados, em determinado meio ou cultura, é especialmente importante que os pesquisadores, deliberada e sistematicamente, os analisem.

Há vasta literatura sobre teorias e métodos de estudo de conceitos⁽⁴⁻⁵⁾. Neste artigo serão feitas considerações sobre conceitos que podem prejudicar a acurácia do diagnóstico de *sentimento de impotência*. Não se trata, portanto, de uma análise formal de conceito que possa ser classificada como um dos métodos propostos pela literatura.

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) reconheceu o sentimento de impotência - no original *powerlessness* - como uma resposta pertinente à enfermagem e a incluiu em sua classificação em 1982⁽¹²⁾. Definiu-a como “a percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato”⁽¹²⁾.

Observou-se em estudo com 75 pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca que 44 (58,7%) apresentaram manifestações compatíveis com *sentimento de impotência*. A carência de publicações de pesquisas sobre esse diagnóstico impedi qualquer comparação dos resultados desse estudo⁽¹³⁾. No entanto, pode-se admitir que a freqüência de sentimento de impotência não seja

desprezível. Para afirmar a presença do *sentimento de impotência* durante a realização desse estudo, houve necessidade de considerar diferentes diagnósticos de enfermagem que, pelas suas características definidoras competiam com esse diagnóstico.

A acurada identificação do *sentimento de impotência* é imprescindível na clínica. Porém, muitas vezes, essa identificação torna-se difícil. É uma resposta altamente subjetiva, complexa, envolve fatores multidimensionais que se interrelacionam, tem alto grau de abstração e, além disso, compartilha seus indicadores com outras respostas humanas.

Powerlessness, traduzido para a língua portuguesa como impotência, remete à qualidade de falta de força ou poder, indicando qualidade de fraco ou débil. O termo *powerless* é encontrado como adjetivo que significa ineficaz, ausência de poder para tomar atitudes⁽¹³⁾. Segundo o dicionário etimológico da língua portuguesa⁽¹⁴⁾ o termo ‘impotência’ é derivado do termo ‘poder’ e se origina do latim *impotentiae* do século XVI. Poder, nesse mesmo Dicionário, como verbo, expressa ‘ter a faculdade de’ ‘ter possibilidade de’; como substantivo masculino expressa ‘direito de deliberar’, ‘faculdade’⁽¹⁴⁾.

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E OUTROS CONCEITOS

A utilização do termo *sentimento de impotência* sem a adequada clarificação do conceito que quer expressar dificulta o estabelecimento de hipóteses válidas. Pode-se observar o uso confuso de *powerlessness* como os termos *helplessness* (desamparo) e *lack of control* (falta de controle)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Vários diagnósticos da NANDA podem ser confundidos com o diagnóstico de *sentimento de impotência*. São exemplos: sentimento de pesar (antecipado ou disfuncional), enfrentamento ineficaz, desesperança e baixa auto-estima (Quadro 1).

Apresentam-se a seguir algumas considerações teóricas sobre as possíveis distinções entre o *sentimento de impotência* outros diagnósticos aceitos pela NANDA e outros conceitos. O Quadro 1 apresenta as definições e características definidoras dos diagnósticos destacados para a presente análise.

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem analisados, definições e características definidoras segundo a NANDA⁽¹²⁾.

| Diagnóstico | Definição | Características definidoras |
|----------------------------------|--|---|
| Sentimento de Impotência | Percepção de uma ação própria não afetará significativamente um resultado; uma falta de controle percebida sobre uma situação atual ou acontecimento imediato | Expressões de incerteza a respeito dos níveis de energia flutuantes; Passividade; Não-participação no cuidado ou na tomada de decisão quando são oferecidas oportunidades; Ressentimento, raiva, culpa; Relutância em expressar sentimentos verdadeiros; Dependência de outros que pode resultar em irritabilidade; Medo de afastamento dos cuidadores; Expressões de insatisfação e frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas / atividades prévias; Expressão de dúvida com relação ao desempenho do papel; Não monitoriza o progresso; Não defende práticas de autocuidado quando desafiado; Incapacidade de buscar informações relativas ao cuidado; Expressões verbais e não ter controle sobre o cuidado, ou influência sobre a situação, ou influência sobre o resultado; Apatia; Depressão relacionada à deterioração física que ocorre apesar da adesão ao regime terapêutico. |
| Desesperança | Estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor. | Passividade, verbalização diminuída; Afeto diminuído; Indicações verbais com conteúdo desesperançado; Olhos fechados; Apetite diminuído; Resposta diminuída a estímulos; Sono aumentado / diminuído; Falta de iniciativa; Falta de envolvimento no cuidado / permite o cuidado passivamente; Encolhe os ombros em resposta a quem está falando; Vira-se para o lado contrário de quem está falando. |
| Sentimento de pesar antecipado | Respostas e comportamentos intelectuais e emocionais por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades desenvolvem o processo de modificar o auto-conceito baseado na percepção de perda potencial. | Perda potencial de objeto significativo (p. ex: pessoas, posses, emprego, status, lar, ideais, partes e processos do corpo); Expressão de angústia quanto à perda potencial; Tristeza; Culpa; Negação da perda potencial; Raiva; Padrões alterados de comunicação; Negação do significado da perda; Barganha; Alteração nos hábitos alimentares, padrões de sono, padrões de sonho, nível de atividade, libido; Dificuldade em assumir papéis novos ou diferentes; Resolução do pesar antes da realidade da perda. |
| Sentimento de pesar disfuncional | Utilização prolongada e mal sucedida de respostas intelectuais emocionais por meio das quais indivíduos, famílias e comunidades tentam desenvolver o processo de modificar o autoconceito baseado na percepção da perda. | Uso repetitivo de comportamentos ineficazes associados a tentativas de reinvestir em relacionamentos; Reviver experiências passadas, com pouca ou nenhuma redução da intensidade do pesar; Interferência prolongada no funcionamento da vida; Início ou exacerbação de respostas somáticas ou psicossomáticas; Expressão verbal de angústia relacionada à perda; Negação da perda; Expressão de culpa; Expressão de questões não resolvidas; Raiva; Tristeza; Choro; Dificuldade em expressar a perda; Alterações em hábitos alimentares, padrões de sono, atividade, libido, concentração e/ou desempenho de tarefas; Idealização do objeto perdido (p. ex.: pessoas, posses, emprego, status, lar, ideais, partes e processos do corpo); Interferência no funcionamento da vida; Regressão de desenvolvimento; Afeto lâbil. |
| Enfrentamento ineficaz | Incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e / ou incapacidade para utilizar os recursos disponíveis. | Falta de comportamento direcionado a objetivos/ resolução de problemas, incluindo incapacidade de lidar com informações e dificuldade para organizar as informações; Distúrbio do sono; Abuso de agentes químicos; Uso diminuído do suporte social; Utilização de formas de enfrentamento que impedem o comportamento adaptativo; Pouca concentração; Fadiga; Resolução de problemas inadequada; Verbalização de incapacidade de enfrentamento ou incapacidade de pedir ajuda; Incapacidade de satisfazer necessidades básicas; Comportamento destrutivo em relação a si ou aos outros; Alta taxa de doenças; Mudança nos padrões habituais de comunicação; Assunção de riscos. |
| Baixa auto-estima situacional | Desenvolvimento de uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual (especificar). | Relata verbalmente desafio situacional atual ao seu próprio valor; Verbalizações autonegativas; Comportamento indeciso; não assertivo; Avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações ou eventos; Expressões de desamparo e de sentimento de inutilidade. |

Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E SENTIMENTO DE PESAR

A NANDA aceita dois diagnósticos que tratam de respostas a perdas (*grieving*). São traduzidos para a língua portuguesa como *Sentimento de pesar antecipado* e *Sentimento de pesar disfuncional*⁽¹²⁾. *Sentimento de pesar antecipado* é definido como

respostas e comportamentos intelectuais por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades desenvolvem o processo de modificar o autoconceito baseado na percepção de perda potencial⁽¹²⁾.

O *sentimento de pesar disfuncional* é a

utilização prolongada e malsucedida de respostas intelectuais e emocionais por meio das quais indivíduos, famílias e comunidades tentam desenvolver o processo de modificar o autoconceito baseado na percepção da perda⁽¹²⁾.

Uma das características definidoras do *sentimento de impotência* é a “expressão de insatisfação e frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas/atividades prévias” (Quadro 1). Essa característica definidora remete à idéia de perda. Isto é, a insatisfação é sobre algo que a pessoa podia fazer, mas não pode mais. Outra característica definidora do *sentimento de impotência* é “expressão de dúvida com relação ao desempenho do papel” (Quadro 1). Essa característica é semelhante à característica de *sentimento de pesar* “dificuldade em assumir papéis novos ou diferentes” e, talvez por isso, se a pessoa refere algum problema sobre os papéis que desempenha ou que esperaria desempenhar os dois diagnósticos podem fazer ser considerados. Outras características definidoras em comum entre esses diagnósticos são: expressão de culpa, raiva, dúvida, tristeza (Quadro 1).

Admitindo-se que os processos de adoecer podem conduzir a situações de perda de controle sobre uma situação corrente, o *sentimento de impotência* pode ser visto como uma perda. Se a perda de controle é o foco de tentativas malsucedidas de modificar o autoconceito, pode-se aceitar como mais apropriado o diagnóstico de *sentimento de pesar* (*anticipado* ou *disfuncional*). No entanto, se a percepção é de que qualquer coisa que a pessoa faça não altera o curso dos acontecimentos, então pode ser mais apropriado o diagnóstico de *sentimento de impotência*. Quando é necessário decidir entre esses diagnósticos, a enfermeira deve julgar se as manifestações do paciente são indicativas de um processo de modificação do autoconceito em resposta a perdas (*pesar*), ou se o paciente percebe que suas ações não modificariam a situação (*impotência*). A seleção do diagnóstico mais acurado é influenciada pela interpretação das respostas do paciente frente aos conjuntos de características definidoras e também frente às definições dos diagnósticos aventados. Apesar de as definições dos diagnósticos necessitarem de refinamento, a sua consideração durante a tarefa diagnóstica, sem dúvida, permitirá diagnósticos mais acurados. Sem dúvida, se houver possibilidade, as considerações diagnósticas devem ser discutidas com o paciente que ajudará a validar o melhor diagnóstico para a situação.

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E ENFRENTAMENTO INEFICAZ

O diagnóstico de *enfrentamento ineficaz* pode ser confundido com o diagnóstico *sentimento de impotência*. *Enfrentamento ineficaz* é definido como a

incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e /ou incapacidade para utilizar os recursos disponíveis⁽¹²⁾.

Algumas características definidoras podem ser vistas como similares às do *sentimento de impotência* como: incapacidade de atender às expectativas do papel, falta de comportamento direcionado a objetivos / resolução de problemas, incapacidade para lidar com informações e satisfazer necessidades básicas (Quadro 1). Embora guardem similaridades, no diagnóstico *sentimento de impotência* a pessoa sente que suas ações não afetarão um resultado e por isso não as realiza. Já no diagnóstico de *enfrentamento ineficaz*, a pessoa realiza ações, mas a escolha que faz sobre como agir é ineficaz para o controle dos estressores. O fato de a definição de *enfrentamento ineficaz* incluir, alternativamente, a incapacidade da pessoa para utilizar os recursos disponíveis dificulta a discriminar esse diagnóstico do de *sentimento de impotência*. Pode-se aventar, nessa linha de pensamento, que se a incapacidade da pessoa para utilizar recursos fosse decorrente de ela considerar que nada do que fizesse poderia mudar a situação, então o diagnóstico mais adequado seria o de *sentimento de impotência*.

O diagnóstico de *enfrentamento ineficaz* pode ser um diagnóstico muito abrangente, e talvez expresse uma resposta capaz de desencadear muitas outras respostas disfuncionais. Neste caso, com relação ao *sentimento de impotência*, pode-se teoricamente admitir o *enfrentamento ineficaz* como predisponente ao *sentimento de impotência*. No entanto, essa é apenas uma especulação teórica que merece análise específica mais aprofundada.

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E DESEPERANÇA

O diagnóstico de enfermagem de *desesperança* foi definido como um

estado subjetivo no qual o indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor⁽¹²⁾.

Talvez esse seja o diagnóstico mais difícil de diferenciar do de *sentimento de impotência*. As características definidoras de desesperança para a NANDA são: passividade, verbalização diminuída, falta de iniciativa, falta de envolvimento no cuidado, permissão passiva do cuidado, resposta a estímulos diminuída, indicações verbais de conteúdo desesperançado (Quadro 1), por exemplo, “não consigo”, suspiro, afeto diminuído⁽¹²⁾.

A desesperança é um dos componentes da depressão. O pensamento de um indivíduo depressivo direciona-se a atitudes negativas sobre si mesmo, sobre o meio e sobre o futuro. Atitudes negativas direcionadas ao futuro conformam a desesperança, forte indicadora de intenção suicida⁽¹⁸⁾.

A desesperança é descrita também como um colapso mental com subcategorias implícitas tais como: ausência de esperança, de desejo, percepção de estar sem possibilidades, ausência de significado na vida e ausência de energia. A desesperança é um processo dinâmico e flutuante, oriundo da esperança no sentido de crença na existência de possibilidades frente a uma situação presente ou futura. Uma vez não existindo a esperança, o paciente entra no quadro de desespero e deste caminha para a desesperança⁽¹⁹⁾.

Parece que a diferença fundamental entre *desesperança* e *sentimento de impotência* é que a pessoa desesperançada não vê alternativas para a situação atual, independente do agente; a pessoa que se sente impotente sente que não tem o poder para acionar as alternativas existentes. Quando o *sentimento de impotência* persiste, desencadeia sentimentos de desesperança.

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E BAIXA AUTO-ESTIMA

Nos diagnósticos referentes à baixa auto-estima, poucas características definidoras são similares às do *sentimento de impotência*, a saber: expressões de vergonha ou culpa, avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com os acontecimentos e passividade (Quadro 1).

A auto-estima refere-se ao senso pelo qual a pessoa atribui valor a si mesma, à extensão com que uma pessoa aprova, aprecia a si mesma. A auto-estima é descrita como uma atitude favorável ou desfavorável ao *self*⁽²⁰⁾, é um componente do autoconceito, uma representação ampliada do *self* que inclui aspectos cognitivos e comportamentais tanto quanto suas avaliações. É possível que “expressões de insatisfação e frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas ou atividades pré-

vias” (Quadro 1) sejam entendidas como indicativas de baixa auto-estima (“avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações ou eventos”) e levar à dificuldade de discriminar o *sentimento de impotência* da baixa auto-estima. Nessa situação uma análise do conjunto de características definidoras presentes frente às definições dos diagnósticos, junto com uma avaliação pela própria pessoa, se possível, auxiliarão na definição do diagnóstico mais acurado.

O locus de controle, a auto-eficácia e o desamparo não são diagnósticos de enfermagem aceitos pela NANDA, mas são conceitos que se assemelham ao de *sentimento de impotência*.

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E LOCUS DE CONTROLE

O *locus* de controle tem sido associado ao conceito de *sentimento de impotência*^(18,21-22). A palavra *Locus*, proveniente do latim, significa lugar⁽¹⁵⁾. 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, em *locus* de controle externo e *locus* de controle interno⁽²³⁾.

O *locus* de controle interno é descrito como a tendência do indivíduo em atribuir aos próprios comportamentos, ações e características pessoais os eventos de sua vida. Por outro lado, pessoas com *locus* de controle externo acreditam que o destino, a chance, a sorte, pessoa poderosa, enfim, forças complexas imprevisíveis, são responsáveis pelos eventos de sua vida⁽²³⁾.

Diante desse postulado seria admissível a idéia de que a pessoa com *locus* predominantemente externo fosse mais suscetível ao *sentimento de impotência*. Confrontando com a doença, uma pessoa com *locus* de controle predominantemente interno poderá mobilizar-se para recuperar o senso de controle por ser motivada. Já uma pessoa com *locus* de controle predominantemente externo poderá ser incapaz de perceber que suas ações afetam um resultado faltando-lhe motivação.

Resultados de estudo com 75 pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca não mostrou associação significativa entre *sentimento de impotência* e *locus* de controle⁽¹³⁾. Em outro estudo, que teve a finalidade de construir um instrumento para avaliar o *sentimento de impotência*, 210 pacientes adultos internados em clínicas médico-cirúrgicas responderam a um instrumento com 39 itens. Desse, 18 eram os itens do instrumento de Locus de Controle na Saúde e 21 eram de avaliação do *sentimento de impotência*. Análise fatorial sobre os 30

itens discriminou os itens da Escala de Locus de Controle dos outros itens sobre *sentimento de impotência*, sugerindo que se trata de dois construtos separados⁽²⁴⁾. Nesse mesmo estudo o resultado de teste de correlação entre Internalidade total e *sentimento de impotência* resultou em -0,33 (*p*-valor = 0,000), indicando que as duas variáveis correlacionaram-se moderadamente⁽²⁴⁾.

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E AUTO-EFICÁCIA

O conceito de auto-eficácia também difere do de controle pessoal no sentido de que na auto-eficácia as crenças ou expectativas do indivíduo se focalizam nas habilidades de avaliação para realizar determinados comportamentos ou de conseguir determinados resultados. Por outro lado, as expectativas de controle pessoal relacionam-se ao julgamento sobre as ações que poderão gerar um determinado resultado, ou seja, a extensão pela qual um dado resultado é controlado. Bandura⁽²⁵⁾ diferencia auto-eficácia de controle pessoal, sugerindo que as crenças de controle pessoal se focalizam na questão da dependência de poder controlar um resultado; a crença na auto-eficácia focaliza-se na avaliação da habilidade de executar eficazmente um comportamento necessário para atingir um resultado.

REFERÊNCIAS

- (1) Creason NS, Camilleri DD, Kim MJ. Concept development in nursing diagnosis. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications*. Philadelphia: Saunders; 1993. p. 217-34.
- (2) Meleis A. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott; 1985.
- (3) Gordon M. Concept development: response to Knafl. In: Chang BL, Kim MJ, Jones P, McFarlane E, editors. *Invitational Conference on Research Methods for Validating Nursing Diagnoses*; 1989; Palm Springs. California: NANDA; 1989. p. 64-74.
- (4) Rodgers BL, Knafl KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000.
- (5) Walker LO, Avant KC. Concept analysis. In: Walker LO, Avant KC, editors. *Strategies for theory construction in nursing*. 3rd ed. Connecticut: Appleton and Lange; 1995. p. 37-54.
- (6) Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown; 1979.
- (7) Jacobs MK, Huether SE. Nursing science: the theory-practice linkage. In: Nicoll LH, editor. *Perspectives on nursing theories*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1997. p. 596-604.
- (8) Diers D. *Research in nursing practice*. Philadelphia: Lippincott; 1979.
- (9) Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Reliability and validity or norm-referenced. In: Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER, editors. *Measurement in nursing research*. 2nd ed. Philadelphia: Davis; 1991. p. 161-94.
- (10) Mendonça ND. *O uso dos conceitos: uma questão de interdisciplinaridade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
- (11) Meleis A, editor. *Theoretical nursing: development and progress*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1997. *Strategies for concept development*; p. 203-22.
- (12) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002*. Porto Alegre: Artmed; 2002.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prática clínica diferenciar o diagnóstico de *sentimento de impotência* de outros conceitos pode ser extremamente difícil. É necessário considerar cuidadosamente as manifestações do paciente frente às características definidoras e definições de cada diagnóstico.

O conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico de enfermagem ainda está pouco desenvolvido para vários deles. No entanto, os diagnósticos de enfermagem só terão significado se olharmos para cada diagnóstico como um conceito que denota um fenômeno⁽²⁾. Além de familiaridade com o processo diagnóstico, a enfermeira precisa dispor-se a explorar conceitualmente os diagnósticos potencialmente freqüentes na sua prática clínica, buscando respostas a questões como: quando o fenômeno ocorre? Por que ele ocorre? Como podemos lidar com ele? Como podemos preveni-lo? Que outras condições ocorrem ao mesmo tempo?

Este artigo apresentou considerações sobre conceitos que podem confundir a aplicação do diagnóstico de *sentimento de impotência*. Críticas a essas considerações serão úteis para melhor delinear o fenômeno denominado de *sentimento de impotência*.

- (13) Braga CG, Cruz DALM. A resposta psicosocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(1):26-35.
- (14) Cunha AG. Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa. 2^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
- (15) Barry PD. Psychosocial nursing: care of physically ill patients and their families. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1996.
- (16) Reid DW. Participatory control and the chronic-illness adjustment process. In: Lefcourt HM, editor. *Research with the locus of control construct: extensions and limitations*. Orlando: Academic Press; 1984. p. 361-86.
- (17) Kedy CS. Clinical application of the nursing diagnosis: powerlessness. In: Miller E, editor. *How to make nursing diagnosis work: administrative and clinical strategies*. California: Appleton and Lange; 1989. p. 309-32.
- (18) Drew BL. Differentiation of hopelessness, helplessness, and powerlessness using Erik Erikson's "Roots of Virtue". *Arch Psychiatr Nurs* 1990; 4(5):332-7.
- (19) Kylmä J, Julkunen-Vehviläinen K, Lähdevirta J. Dynamically fluctuating hope, despair and hopelessness along the HIV/AIDS continuum as described by caregivers in voluntary organizations in Finland. *Issues Ment Health Nurs* 2001; 22(4):353-77.
- (20) Adler NE, Stewart J. Self-esteem. In: *Research Network on Socioeconomic Status and Health. Psychosocial notebook*. [online]. San Francisco: University of California; 2000. Available from: <http://www.macs.es.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/self-esteem.html>. (14 jul. 2003)
- (21) Miller JF. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: Davis; 1992.
- (22) Bush JP. Job satisfaction, powerlessness, and locus of control. *West J Nurs Res* 1988; 10(6): 718-31.
- (23) Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966; 80(1):1-21.
- (24) Braga CG. Construção e validação de um instrumento para avaliação do "Sentimento de Impotência" [tese]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.
- (25) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84(2):191-215.

Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos

Correspondência:
Cristiane Giffoni Braga
Rua Comendador Schumann, 345 -
Centro - Itajubá
CEP -37500-000 - MG