

## LA PERCEPCIÓN DE PODER DE LAS ENFERMERAS FRENTE A SU PAPEL CLÍNICO

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz<sup>1</sup>  
Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta<sup>1</sup>  
Maria Fernanda Vita Pedrosa<sup>2</sup>  
Antônio Fernandes da Costa Lima<sup>3</sup>  
Raquel Rapone Gaidzinski<sup>4</sup>

*Este artículo relata un estudio sobre la percepción de poder clínico de las enfermeras, antes y después de la implementación de una clasificación de diagnósticos de enfermería. Sesenta enfermeras (edad promedio = 37,2±7 años), de un hospital brasileño de enseñanza, respondieron el instrumento Power as Knowing Participation in Change Tool, antes y después de la implementación de una clasificación de diagnósticos. Ese instrumento tiene 4 dominios y provee puntajes parciales y totales. Los coeficientes de confiabilidad del instrumento fueron de 0,88 a 0,98. Los puntajes totales no fueron estadísticamente diferentes entre las evaluaciones ( $p=0,21$ ), sin embargo los puntajes de "Participación en la Creación de Cambios" fueron más altos después de la implementación de la clasificación ( $p=0,04$ ). El impacto del uso de sistemas de clasificación de enfermería en la percepción de las enfermeras sobre su poder clínico todavía requiere estudios que entreguen evidencias útiles para guiar decisiones en la enseñanza y en la clínica.*

**DESCRITORES:** actitud; rol de la enfermera; diagnóstico de enfermería; desarrollo de personal

## PERCEPÇÃO DE PODER DE ENFERMEIRAS FRENTE AO SEU PAPEL CLÍNICO

*Este artigo relata estudo sobre a percepção de poder clínico de enfermeiras, antes e após a implementação de uma classificação de diagnósticos de enfermagem. Sessenta enfermeiras (idade média = 37,2±7 anos), de um hospital brasileiro de ensino, responderam o instrumento Power as Knowing Participation in Change Tool, antes e após a implementação de uma classificação de diagnósticos. Esse instrumento tem 4 domínios e provê escores parciais e totais. Os coeficientes de confiabilidade do instrumento foram de 0,88 a 0,98. Os escores totais não foram estatisticamente diferentes entre as avaliações ( $p=0,21$ ), mas os escores de "Envolvimento na Criação de Mudanças" foram mais altos após a implementação da classificação ( $p=0,04$ ). O impacto do uso de sistemas de classificação de enfermagem na percepção das enfermeiras sobre seu poder clínico ainda requer estudos que forneçam evidências úteis para guiar decisões no ensino e na clínica.*

**DESCRIPTORES:** atitude; papel do profissional de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; desenvolvimento de pessoal

## NURSES' PERCEPTION OF POWER REGARDING THEIR CLINICAL ROLE

*This article reports on a study on nurses' perception of power regarding their clinical role before and after implementation of a nursing diagnosis classification. Sixty clinical nurses (average age = 37.2 ± 7.0 years) from a Brazilian teaching hospital answered the Power as Knowing Participation in Change Tool (PKPCT) before and after the implementation of a diagnosis classification. PKPCT has four domains and provides total and partial scores. Reliability coefficients ranged from 0.88 to 0.98. Total scores were not statistically different between assessments ( $p=0.21$ ), although scores in the "Involvement in Creating Change" domain were higher in the second assessment ( $p=0.04$ ). Further studies providing sound evidence regarding the impact of nursing classification systems on nurses' power perception are needed to guide decisions on teaching and clinical practice.*

**DESCRIPTORS:** attitude; nurse's role; nursing diagnosis; staff development

<sup>1</sup>Enfermera, Professor Titular de la Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: mtmllf@usp.br, parpca@usp.br; <sup>2</sup>Enfermera, Hospital do Câncer A. C. Camargo, Brasil, e-mail: fervita@hotmail.com; <sup>3</sup>Enfermero, Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: tonifer@usp.br; <sup>4</sup>Enfermera, Professor Asociado de la Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: raqui@usp.br

## INTRODUCCIÓN

La importancia de los sistemas de clasificación es internacionalmente reconocida. Los sistemas de clasificación de enfermería son bases de representación del conocimiento que vuelven posible la recuperación de datos útiles de enfermería. A pesar de que existe considerable literatura sobre el desarrollo de vocabularios, terminologías y clasificaciones de enfermería y de sus impactos en la documentación de enfermería, poco se encuentra sobre los efectos de las clasificaciones en otros aspectos de la práctica clínica.

Implementar un sistema de clasificación en un servicio de salud es un proceso de cambios. Este artículo relata un estudio sobre la percepción de poder de enfermeras frente a su papel clínico, antes y después de la implementación de la North American Nursing Diagnosis – International Classification (NANDA-I)<sup>(1)</sup>.

La percepción de poder de las enfermeras es un componente importante en el desarrollo de su papel clínico<sup>(2)</sup>. La literatura sugiere que las enfermeras frecuentemente se perciben impotentes al ser sometidas al poder de otros<sup>(2-3)</sup>.

El principal concepto de este artículo es que la implementación de una clasificación de diagnósticos de enfermería influye positivamente la percepción de poder de las enfermeras.

### Poder

En el sentido común, prevalece la idea de que poder es la capacidad de ejercer influencia sobre una persona o un grupo para que acepten ideas diferentes, inclusive contra su voluntad, o la capacidad que tiene una, o más personas, de alcanzar lo que desea por una acción colectiva.

La literatura sobre poder es voluminosa y presenta varias definiciones y teorías de poder. El Poder tiene una naturaleza abstracta y las definiciones más antiguas fueron asociadas a acciones de control militar y gubernamental, representando ideas de autoridad, fuerza, coerción, manipulación, influencia y control<sup>(4)</sup>. Al lado de visiones de poder como una relación social, en visiones más recientes, el poder ha sido descrito como un fenómeno que transforma, que promueve el crecimiento individual y del grupo al incentivar la reciprocidad, estimular el pensamiento creativo, expandir el conocimiento y favorecer la concientización<sup>(5-6)</sup>.

El poder tiene dos significados principales: uno es el 'poder para' y otro es 'poder sobre'<sup>(7)</sup>. 'Poder sobre' es la capacidad de influenciar personas, está relacionado al control, competitividad y autoridad. 'Poder para' se refiere a la eficacia e incluye la capacidad para alcanzar objetivos, los medios para asegurarlos y las habilidades para actuar de acuerdo con ellos<sup>(7)</sup>.

El foco de este estudio fue la percepción de poder de las enfermeras para realizar cambios en los resultados de la salud de los pacientes, y no para influenciar otras personas por medio del control, competitividad y autoridad. El poder fue visto como un deseo intencional de tomar parte en transformaciones; la perspectiva fue de 'poder para'<sup>(7)</sup>.

### Poder como participación consciente

La visión del 'poder para' representa la extensión de la noción de poder que focaliza la persona y el ambiente como un todo integralmente relacionado. Congruentemente con esa visión, fue desarrollada una teoría de poder basada en la Ciencia de los Seres Humanos Unitarios<sup>(8)</sup>. Esa teoría define el poder como la capacidad de participar conscientemente de la naturaleza de los cambios, caracterizando una estandarización continua de los campos humano y ambiental<sup>(9)</sup>. El poder como participación consciente es estar consciente de lo que se está escogiendo hacer, sentirse libre para hacer lo que se escogió, e intencionalmente hacer lo que se escogió<sup>(6,9)</sup>.

Esa estructura teórica ofrece una explicación para la participación intencional en cambios que pueden ser aplicados a varios contextos de la experiencia humana. El foco de este estudio fue la percepción de poder de las enfermeras, relacionado a su papel clínico. Para ese propósito, el poder clínico fue definido como la percepción de la enfermera de ser intelectual, física y emocionalmente capaz y preparada para interpretar respuestas humanas, planificar, implementar y evaluar intervenciones de enfermería de forma eficaz. Con base en la teoría de poder escogida<sup>(6)</sup>, la concientización de la enfermera sobre: cuales acciones de cuidado escoge hacer, sentirse libre para hacerlas y hacerlas intencionalmente, representa el poder clínico de las enfermeras.

Las manifestaciones observables de poder son el 'estar consciente', las elecciones, la libertad para actuar intencionalmente y la participación en la creación de cambios<sup>(6)</sup>. 'Estar consciente' se refiere a tener conciencia de aquello que la persona percibe existir<sup>(6)</sup>. En el caso de este estudio, se refiere a que la enfermera tenga conciencia de su papel clínico. Las opciones son selecciones entre las posibilidades de participar de las experiencias<sup>(6)</sup>. En este estudio, son selecciones de posibilidades de participar de experiencias clínicas. Libertad para actuar intencionalmente es la experiencia de la capacidad que la persona tiene para hacer algo o realizar aquello que tiene en mente<sup>(6)</sup>. En este estudio, es la experiencia de la capacidad de la enfermera de ejercer el papel clínico guiada por sus propios principios y conocimientos. La participación en la creación de cambios es el comprometerse con la innovación en el imprevisible proceso mutuo entre persona y ambiente para tornar real algunas posibilidades y no otras<sup>(6)</sup>. De esa forma, aquí, es el comprometerse de la enfermera en el proceso mutuo entre ambiente y personas para realizar los potenciales de salud de los pacientes.

#### Diagnóstico de enfermería

La importancia de los diagnósticos de enfermería ha crecido continuamente y existen esfuerzos para desarrollar clasificaciones de diagnósticos para representar el universo de posibilidades relativas a los focos de la enfermería clínica. Ese universo de posibilidades permite a las enfermeras identificar los focos clínicos pertinentes al cuidado que prestan. Identificar el foco clínico, a su vez, ofrece a las enfermeras una mayor conciencia de su papel clínico, más intencionalidad y participación para decidir lo que se debería hacer para influenciar de modo benéfico el estado de salud del paciente. En síntesis, la identificación de los focos clínicos puede aumentar el sentimiento de "poder" de las enfermeras, de saber si se sienten "capaces" de interferir y realizar los potenciales de salud de los pacientes.

Las clasificaciones científicas son instrumentos para mejorar las experiencias humanas y los significados de las palabras o frases en ellas contenidas son fundamentadas en la experiencia de los usuarios de las propias clasificaciones<sup>(10)</sup>. Conforme las enfermeras comienzan a usar un sistema de clasificación ellas necesitan pensar en los

significados de palabras o frases y esto las ayuda a organizar sus experiencias en el mundo de la enfermería.

El uso de una clasificación de diagnósticos puede aumentar la percepción de poder de las enfermeras por ofrecer la organización del conocimiento sobre los focos clínicos de la enfermería. El conocimiento más organizado de los focos clínicos facilita una mayor concientización de las enfermeras sobre los mismos. Además de eso, una clasificación de diagnósticos presenta un alto número de alternativas para las conclusiones de diagnóstico, esto es, ofrece referencia para la elección de los mejores diagnósticos en cada situación. El acceso a la información, representada por una clasificación de diagnósticos, puede aumentar la sensación de libertad para actuar intencionalmente y ofrecer una mayor participación para crear cambios en la salud de los pacientes<sup>(11)</sup>.

## OBJETIVO

El objetivo del estudio fue comparar la percepción de poder de las enfermeras antes y después de la implementación de la clasificación de diagnósticos de la NANDA-I<sup>(1)</sup>, en una unidad hospitalaria. La hipótesis probada fue que el poder de las enfermeras aumentaría con la implementación de la clasificación.

## MÉTODO

Fue un estudio longitudinal realizado en un hospital público y de enseñanza de San Pablo, en Brasil. Ese hospital es una institución de medio porte y, en la época del estudio, disponía de 246 camas (unidades de clínica médica, quirúrgica, pediatría, cuidados intensivos y maternidad), ambulatorio y emergencia. Desde 1980, cuando el hospital fue creado, el proceso de enfermería es aplicado y documentado. El Departamento de Enfermería inició el proceso de implementación de la clasificación NANDA-I en mayo de 2004. Un año después, mayo de 2005, la documentación de los diagnósticos NANDA-I pasó a ser requerida en las fichas de todos los pacientes de la Institución. En la época de su introducción, la edición de la clasificación NANDA-I usada fue la de 2003-2004<sup>(1)</sup>.

Los datos fueron recolectados en mayo de 2004 y mayo de 2005. En mayo de 2004, todas las enfermeras ya habían participado de cursos, talleres y discusiones clínicas para discutir el raciocinio diagnóstico, la clasificación NANDA-I y el proceso de enfermería, preparándose para implementar la innovación. Las expresiones de resistencia, frecuentemente manifestadas en el inicio, fueron lentamente transformadas en posiciones más o menos de entusiasmo en relación a la clasificación en la práctica clínica. En ese clima ocurrió la primera recolección de los datos.

De mayo de 2004, cuando la primera recolección de los datos ocurrió, hasta mayo de 2005, las enfermeras planificaron, negociaron y realizaron los cambios necesarios en los sistemas de documentación (todo manual) para que pudiesen tener los diagnósticos de enfermería NANDA-I documentados, diariamente, para todos los pacientes. En mayo de 2005 todas las enfermeras tenían que documentar los diagnósticos de los pacientes que cuidaban. La segunda recolección de los datos fue realizada en mayo de 2005.

Todas las enfermeras, trabajando en la Institución, fueron convidadas a participar del estudio. En mayo de 2004, había 186 enfermeras y 115 (61,8%) hicieron parte de la primera evaluación. En mayo de 2005, 60 enfermeras que participaron de la primera evaluación participaron de la segunda. Sesenta enfermeras participaron de las dos evaluaciones lo que representó cerca de 33% del total de las enfermeras de la Institución.

Los datos fueron recolectados en un cuestionario distribuido a todas las enfermeras que trabajaban en la Institución. Los participantes respondieron al cuestionario individualmente. El cuestionario era compuesto de dos partes: la primera incluía datos sociales y un conjunto de 5 ítems sobre el tipo y grado de experiencia con los diagnósticos de enfermería; la segunda parte fue el instrumento *Power as Knowing Participation in Change Tool (PKPCT)*<sup>(6)</sup>. Ese instrumento fue desarrollado para evaluar el poder como la capacidad para participar conscientemente en la naturaleza del cambio; usa la técnica del diferencial semántico; tiene 4 dominios (Conciencia, Elecciones, Libertad para Actuar Intencionalmente y Participación en la Creación de Cambios) y 48 ítems. Los puntajes de los ítems

pueden ser sumados para cada dominio (con una variación de 12 a 48 puntos), y para la escala total (variación de 48 a 336). La frase "En relación a mi práctica clínica..." fue incluida como contexto para las respuestas a los ítems. En este estudio, las consistencias internas de la escala, por el alfa de *Cronbach*, variaron de 0,88 (primera aplicación) a 0,98 (segunda aplicación), mostrando una buena confiabilidad. El PKPCT<sup>(6)</sup> fue adaptado para la lengua portuguesa, con autorización de la autora, en un estudio todavía no publicado, realizado con 313 participantes. En el estudio de adaptación de la escala, el análisis de los componentes principales, con rotación *Varimax*, confirmó las 4 dimensiones del instrumento original, todas con auto valores mayores que uno. Esa solución explicó 53,7% de la variancia y las consistencias internas, por el alfa de *Cronbach*, de las dimensiones variaron de 0,87 a 0,96. Las estimativas de confiabilidad del instrumento en la lengua original variaron de 0,63 a 0,99<sup>(6)</sup>. Para parear las dos evaluaciones de este estudio los participantes informaron los últimos 3 dígitos del CPF en los instrumentos. La experiencia con diagnósticos de enfermería fue evaluada con una auto declaración. Las enfermeras respondieron cuanto habían: 1) participado en eventos sobre diagnósticos de enfermería, 2) leído sobre el asunto, 3) participado de cursos sobre diagnósticos, 4) trabajado con diagnóstico en la práctica clínica, y 5) investigado sobre diagnóstico de enfermería. El grado de experiencia fue puntuado de 1 a 4 (1=nada; 2=muy poco; 3=poco; 4=mucho). Un puntaje total (variando de 5 a 20) fue obtenido por la suma de los ítems. La consistencia interna de esa medida fue buena en las dos evaluaciones (alfa de *Cronbach* = 0,73).

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución y todos los participantes firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido.

Las diferencias entre los puntajes del PKPCT fueron analizados con la prueba *t* pareada, después de la confirmación de que los puntajes tenían una distribución normal. La tendencia central fue analizada con el promedio y la desviación estándar. Para verificar si las experiencias con los diagnósticos de enfermería variaron entre las dos recolecciones de datos, la prueba de *Wilcoxon* fue aplicada a los

puntajes de grado de experiencia con diagnósticos de enfermería. Por tratarse de una prueba no paramétrica, fue usada la mediana (P50), segundo (P25) y tercero (P75) cuartiles para describir tendencia central, ya que, para esos datos, no fue confirmada la distribución normal, lo que impidió el uso de la prueba paramétrica. Fue aplicado el nivel de significancia de 5% para todas las pruebas. Los datos fueron analizados con el programa SPSS<sup>0</sup> Versión 13.0.

## RESULTADOS

La edad de los participantes (N=60) varió de 24 a 58 años (promedio=37,2±7 años) y el promedio del tiempo de experiencia después del bachillerato fue 13,1±6,9 años; 95% eran mujeres.

La Tabla 1 presenta los resultados sobre los tipos y grados de experiencia con diagnósticos de enfermería en las dos evaluaciones y los resultados de las pruebas estadísticas.

Tabla 1 - Grados de experiencia\* con los diagnósticos de enfermería antes y después de la implementación de la clasificación de la NANDA-I (N=60)

Experiencia	Antes				Después				p-value
	P25	P50	P75	Promedio (DE)	P25	P50	P75	Promedio (DE)	Prueba de Wilcoxon
Eventos	2	3	3	2.5 (0.7)	2	3	3	2.5 (0.8)	0.98
Lectura	3	3	4	3.4 (0.5)	3	4	4	3.5 (0.6)	0.34
Cursos	3	3	3	3.1 (0.7)	3	3	4	3.2 (0.6)	0.51
Práctica	2	3	4	2.8 (1)	3	4	4	3.6 (0.7)	0
Investigación	1	2	3	1.8 (0.9)	1	2	3	2.1 (1)	0.18
Total	12	13	15	13.6 (2.7)	13	15	16.7	14.8 (2.6)	0.009

\* Para cada tipo de experiencia los puntajes podrían ser 1=nada; 2=muy poco; 3=poco; 4=mucho

Los participantes se evaluaron a sí mismos como teniendo poca o muy poca experiencia con los diagnósticos de enfermería, tanto antes como después de la implementación de la clasificación NANDA-I, y los puntajes de experiencia con la práctica clínica fueron significativamente más altos después de la implementación (p=0,001) (Tabla 1).

La Tabla 2 presenta los puntajes en los dominios del PKPCT y los resultados de las pruebas estadísticas para comparar las medidas antes y después de la implementación.

Tabla 2 - Puntajes en los dominios del PKPCT, antes y después de la implementación de la clasificación de la NANDA-I (N=60)

Dominios	Antes	Después	Prueba t Pareada			
			CI 95%	t	p-value	
Conciencia	68.6 (8.4)	67.7 (9.7)	-1.3	3.1	0.8	0.42
Elecciones	70.1 (14.7)	68.6 (8.6)	-2.5	5.5	0.7	0.46
Libertad para actuar	67.3 (9.5)	68.3 (10.3)	-3.9	1.9	-0.7	0.51
Participación en el cambio	65.6 (11.2)	68.5 (10.4)	-5.7	-0.1	-2	0.04
Total	269.6 (31.7)	273.6 (33)	-10.5	2.4	-1.3	0.21

## DISCUSIÓN

La hipótesis de este estudio no fue confirmada, a pesar de los puntajes del dominio de

Participación en la Creación de Cambios, después de la implementación de la clasificación NANDA-I, haber sido estadísticamente mayores que antes de la implementación (p=0,04) (Tabla 2). La Participación en la Creación de Cambios se refiere al sentido de compromiso de la persona con la naturaleza de los cambios que ocurren en los ambientes. En el proceso de implementación de la clasificación NANDA-I, la Institución modificó métodos e instrumentos de la práctica clínica de las enfermeras, modificando el contexto de trabajo. Ese cambio fue realizado de forma participativa. La mayoría de las enfermeras se contemplaron en los programas educativos y talleres sobre la clasificación NANDA-I y raciocinio diagnóstico y en las definiciones de estrategias y métodos para implementarlos en la práctica clínica<sup>(12)</sup>. Las personas aumentan su percepción de poder cuando se contemplan en la implementación de cambios dentro de sus ambientes<sup>(13)</sup>.

Algunos estudios sobre los efectos de las clasificaciones en el empoderamiento de las enfermeras son escasos. En un estudio fue analizado el efecto del uso de clasificaciones de enfermería, por medio de sistemas computarizados, en la percepción que las enfermeras escolares tenían de su poder para ayudar a los niños y en los resultados de salud de los propios niños<sup>(11)</sup>. Los puntajes totales en el PKPCT de las enfermeras que usaron las clasificaciones

( $n=6$ ) fueron  $262 \pm 40,6$  (antes) y  $279 \pm 27,6$  (después). No hubo una diferencia estadística en el nivel de 5% entre los puntajes antes y después de la implementación del sistema; los puntajes en cada dominio del PKPCT no fueron relatados. En el presente estudio, los puntajes totales del PKPCT también no fueron diferentes antes y después de la implementación de la clasificación NANDA-I ( $269,6 \pm 31,7$  y  $273,6 \pm 33,0$ ;  $p=0,21$ ) (Tabla 2).

Los participantes de este estudio se evaluaron como teniendo muy poca o poca experiencia con los diagnósticos de enfermería, tanto antes como después de la implementación (Tabla 1). Después de la implementación hubo un aumento del puntaje mediano relativo a la práctica clínica ( $p=0,001$ ) y en el total ( $p=0,009$ ). Esos resultados apoyan la interpretación de que la implementación de la clasificación NANDA-I aumentó la experiencia de las enfermeras con los diagnósticos de enfermería y que ese incremento de experiencia podría estar relacionado al aumento de la percepción de poder en el dominio de Participación en la Creación de Cambios (Tabla 2).

Las comparaciones entre antes y después de la implementación mostraron que no hubo cambios estadísticamente significativos en los dominios Conciencia, Elecciones y Libertad para Actuar Intencionalmente (Tabla 2). Un análisis cuidadoso de los conceptos que participan en esos dominios puede auxiliar en la interpretación de esos resultados.

El dominio Conciencia se refiere a la concientización de la enfermera de su papel clínico. El dominio Elecciones se refiere al poder para seleccionar intervenciones de enfermería para el paciente. El dominio Libertad para Actuar Intencionalmente concierne al desempeño de las acciones de cuidado para implementar las intervenciones seleccionadas. La selección (dominio Elecciones) y la implementación (dominio Libertad) de intervenciones de enfermería son directamente relacionadas al cuidado del paciente. Considerando que el uso clínico de la clasificación NANDA-I estaba apenas iniciándose, ya que hacía un mes que había sido solicitado el registro de los diagnósticos en todas las fichas, la experiencia de los participantes de cuidar a los pacientes usando la clasificación era reciente. Ese pequeño tiempo en que las enfermeras estaban usando la clasificación NANDA-I en el cuidado fue suficiente para aumentar su nivel de experiencia con los diagnósticos en la práctica clínica (Tabla 1), sin

embargo no aumentó significativamente los puntajes en los dominios de Conciencia, Elecciones y Libertad. Considerando que un efecto es dependiente de la cantidad de tiempo de exposición, probablemente un tiempo mayor usando la clasificación NANDA-I podría producir resultados diferentes. Medidas repetidas de la percepción de poder después de largo tiempo de exposición al uso de un sistema de clasificación en la práctica clínica podrían producir datos para estudiar mejor la influencia de sistemas estandarizados de lenguaje en la percepción de poder de las enfermeras.

La ausencia de normas para los puntajes del PKPCT para auxiliar en la interpretación de resultados de investigación y de otros estudios con el PKPCT, en muestras brasileñas, dificulta determinar si los puntajes de los participantes de este estudio fueron altos, moderados o bajos. A pesar de eso, los puntajes observados pueden ser considerados moderados desde la primera evaluación ( $269,6 \pm 31,7$ ) (Tabla 2). En esa evaluación, el puntaje total promedio del PKPCT correspondió a 80% del máximo ( $269/336$ ), y después de la implementación correspondió a 81,3%. El puntaje promedio del PKPCT de enfermeras ejecutivas norteamericanas correspondió a 86,3% del máximo ( $289/336$ )<sup>(14)</sup>. Los puntajes promedios totales del PKPCT de las enfermeras de este estudio parecen ser más bajos que aquellos que se encuentran en otros estudios. Los puntajes promedios observados en una muestra de 349 estudiantes de bachillerato en enfermería antes y después de un curso clínico fueron 274 y 280, respectivamente<sup>(15)</sup>. En otro estudio, con 88 estudiantes de enfermería, el puntaje promedio total del PKPCT fue  $287,6$ <sup>(16)</sup>. En muestras de enfermeras ejecutivas los puntajes observados fueron  $290 \pm 23,4$  ( $n=182$ )<sup>(14)</sup> y  $289 \pm 25,9$  ( $n=89$ )<sup>(17)</sup>, y fueron los mayores entre los estudios analizados. Considerando que la percepción de poder entre las enfermeras de este estudio no puede ser generalizado para las enfermeras brasileñas y que en los Estados Unidos hay pocos estudios sobre esa variable, además de que la mayoría fue realizado con estudiantes y con enfermeras ejecutivas, las comparaciones deben ser realizadas cautelosamente.

Para la interpretación de los resultados es importante considerar que los puntajes del PKPCT se inclinan para valores elevados relacionados a la "deseabilidad social", que enmascara la identificación de muestras con percepción de bajo poder<sup>(18)</sup>. Son, por lo tanto, necesarios otros estudios sobre las normas para el PKPCT.

## CONCLUSIÓN

Este estudio no confirmó la hipótesis de que la implementación de la clasificación NANDA-I influenciaría positivamente la percepción de poder de las enfermeras. Hubo un aumento en la percepción de poder relacionada al dominio de Participación en la Creación de Cambios, sin embargo no hubo diferencias en los puntajes de los otros dominios y tampoco en el puntaje total promedio. Las estrategias para aumentar la capacidad de las enfermeras de participar conscientemente en la naturaleza de los

cambios pueden contribuir para su empoderamiento. En la práctica clínica, el poder de las enfermeras está relacionado a la participación consciente en los cambios en el estado de salud de los pacientes. Las clasificaciones de enfermería pueden ser instrumentos capaces de ayudar a las enfermeras a aumentar la concientización de su papel clínico y del poder de ese papel.

Otros estudios para aumentar el conocimiento sobre las relaciones entre la percepción de poder de las enfermeras y modelos, estrategias e instrumentos, aplicados en la práctica clínica, son necesarios.

## REFERENCIAS

1. North American Nursing Diagnosis Association - International. Nursing diagnoses: definitions and classification 2003 - 2004. Philadelphia: NANDA - I; 2003.
2. Bousfield C. A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist. *J Adv Nurs* 1997 Feb; 25(2):245-56.
3. Roberts DW, Vasquez E. Power: an application to the nursing image and advanced practice. *AACN Clin Issues* 2004 April-June; 15(2):196-204.
4. Jacobson W. Power and interpersonal relations. California: Belmont; 1972.
5. Maas M. A model for organizational power: analysis and significance to nursing. *Res Nurs & Health* 1988 June; 11(3):153-63.
6. Barrett EAM. A measure of power as knowing participation in change. In: Strickland OL, Dilorio C, organizadoras. Measurement of nursing outcomes. New York: Springer; 2003. p. 21-39.
7. Hawks JH. Power: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1991 June; 16(6):754-62.
8. Rogers M. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: Davis; 1970.
9. Caroselli C, Barret EAM. A review of the power as Knowing Participation in Change literature. *Nurs Sci Q* 1998 Spring; 11(1):9-16.
10. Hayakawa SI, Hayakawa SI. Language in thought and action. San Diego: Harcourt Brace Company; 1990.
11. Lunney M, Parker L, Fiore L, Cavendish R, Pulcini J. Feasibility of studying the effects of using NANDA, NIC, and NOC on nurses' power and children's outcomes. *Computers Informatics Nurs* 2004 November-December; 22(4):316-25.
12. Lima Antônio Fernandes Costa, Kurcgant Paulina. Significados do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem para enfermeiras de um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 set./out.; 14(5):666-73.
13. Barrett EAM, Caroselli C. Methodological ponderings related to the Power as Knowing Participation in Change Tool. *Nur Sci Q* 1998 Spring; 11(1):17-22.
14. Moulton PJ. An investigation of the relationship of power and empathy in nurse executives. [tese]. New York: New York University; 1994.
15. Garrett MP. The relationships among baccalaureate nursing students' perception of inviting teaching behaviors, self-esteem, and power in the clinical setting. [tese]. Philadelphia: Widener University; 1998.
16. Hobbs MB. Manifestations influencing empowerment in the educational environment of baccalaureate nursing students. [tese]. Birmingham: University of Alabama; 1991.
17. Caroselli C. Power and feminism: a nursing science perspective. *Nur Sci Q* 1995 Fall 8(3):115-9.
18. Manhart ES, Barret JA, Farren AT, Kim TS, Larkin, DM, Manhoney J. Instrumentation column. A study of the PKPCT instructions. *Visions* 2001; 9(1):6.