

Ellen Cristina Bergamasco**
Lídia Aparecida Rossi***
Emilia Campos de Carvalho****
Maria Célia Barcellos Dalri*****

Resumo

Os objetivos deste estudo foram identificar e realizar validação de conteúdo das características definidoras dos diagnósticos de medo e ansiedade para o paciente queimado. Foi elaborado um instrumento composto pelas manifestações dos dois diagnósticos apresentadas pela Taxionomia I da *North American Nursing Diagnoses Association*, além de outras que foram encontradas na literatura. Dezesesseis enfermeiros foram entrevistados. Das 97 características apresentadas no instrumento foram excluídas 31 para o diagnóstico medo e 27 para ansiedade. Oito características obtiveram média de escores maior que 0,70 para o diagnóstico de medo e 18 para o diagnóstico de ansiedade. As características que obtiveram maior pontuação foram "preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida" para ansiedade e "refere ou nota-se insônia" para o medo.

Descritores: queimadura; ansiedade; medo

Abstract

This study aimed at identifying and performing content validation of the defining characteristics of the diagnoses of fear and anxiety for a burned patient. An instrument made up of manifestations of both diagnoses presented by Taxionomy I of the North American Nursing Diagnoses Association was elaborated, as well as others that were found in the literature. Sixteen nurses were interviewed. Out of the 97 characteristics presented in the instrument, 31 were excluded for the diagnoses "fear", and 27 for "anxiety". Eight characteristics had a score average above 0.70 for "fear" and 18 for "anxiety". The characteristics with the highest score were "expressed concern due to changes in life events" for anxiety and "insomnia referred or perceived" for fear.

Descriptors: burn; anxiety; fear
Title: Diagnoses of fear and anxiety: content validation for a burned patient

Resumen

Los objetivos del estudio fueron identificar y realizar la validez de contenido de las características definidoras de los diagnósticos de miedo y ansiedad del paciente quemado. Se elaboró un instrumento que estaba compuesto por las manifestaciones de los dos diagnósticos que presenta la Taxonomía I de la North American Nursing Diagnoses Association, además de otras que fueron encontradas en la literatura. Dieciséis enfermeros fueron entrevistados. De las 97 características presentadas en el instrumento se excluyeron 31 para el diagnóstico de miedo y 27 para el de ansiedad. Ocho características obtuvieron una media de puntos mayor que el 0,70 para el diagnóstico de miedo y 18 para el diagnóstico de ansiedad. Las características que tuvieron mayor puntuación fueron las de "preocupación manifiesta debido a los cambios en eventos de la vida" que se refiere a la ansiedad, y "la referencia o padecimiento de insomnio", respecto al miedo.

Descriptorios: quemadura; ansiedad; miedo
Título: Diagnósticos de miedo y ansiedad: validez de contenido en el paciente quemado

1 Introdução

A pessoa que sofre um trauma térmico passa a viver uma série de experiências que fatalmente provocarão ansiedade e medo. A interrupção brusca das atividades do dia a dia perde a importância frente à luta pela sobrevivência no primeiro momento. O cuidado ao paciente que sofreu um trauma térmico envolverá mudanças diárias de curativos, desbridamentos e enxertos. Se por um lado, o enxerto representa uma esperança da cura da ferida, por outro, pode implicar na realização de outra ferida bastante dolorosa, a área doadora e, ainda, na realização de uma anestesia. Assim, um alto nível de ansiedade e de medo, freqüentemente, acompanha o paciente em todo o período de tratamento e quando o paciente percebe que a alta hospitalar está próxima, outros aspectos passam a estar presentes, podendo provocar novo ciclo de ansiedade e medo.

Na revisão de literatura, encontramos estudos que abordaram a *ansiedade* no paciente que sofreu queimaduras relacionada à dor, à realização de procedimentos e à adaptação psicológica⁽¹⁻⁷⁾. A relação entre ansiedade em crianças queimadas e o uso da sedação na noite que antecede a cirurgia foi um dos aspectos estudados. Neste estudo, observou-se redução dos níveis de ansiedade com o uso de medicação⁽⁸⁾.

A incidência de complicações psicossociais em pacientes queimados adultos graves foi também investigada. As manifestações mais freqüentes de problemas dessa ordem apresentadas foram labilidade emocional e choro⁽⁹⁾. Outros

autores pesquisaram três diagnósticos comuns no tratamento de pessoas em estado crítico (ansiedade, desesperança e desobstrução ineficaz de vias aéreas) e por meio de validação multicêntrica internacional, compararam os diagnósticos validados por enfermeiros de seis países⁽¹⁰⁾. Utilizaram nesse estudo o Modelo de Validação de Conteúdo⁽¹¹⁾ (DCV) e concluíram que as características definidoras mais relevantes para esses diagnósticos são diferentes e que essas diferenças são atribuídas à variação de linguagem, cultura, práticas de enfermagem e ao processo de diagnóstico.

No Brasil, os estudos sobre ansiedade, na área de enfermagem, têm focado a situação de estresse vivenciada pelo paciente cirúrgico nos diferentes momentos do período perioperatório⁽¹²⁻¹³⁾. Em um estudo sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes que sofreram queimaduras, o diagnóstico de ansiedade foi identificado em 58,8% dos pacientes estudados⁽¹⁴⁾.

A ansiedade e o medo são definidos respectivamente como: "um estado subjetivo no qual o indivíduo experimenta um sentimento de incômodo e inquietação, cuja fonte é, freqüentemente, inespecífica ou desconhecida por ele"^(15:134) e como o "estado no qual o indivíduo apresenta um sentimento de temor relacionado a uma fonte identificável que ele pode verificar"^(15:137).

As características definidoras para o diagnóstico de ansiedade são:

* Trabalho subvencionado pelo CNPq e FAPESP. ** Aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP e aluna do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE). *** Enfermeira. Professora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Geral, Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, (DEGE - EERP, USP). **** Enfermeira. Professor Titular junto ao DEGE - EERP, USP. ***** Enfermeira. Professora Doutora junto ao DEGE - EERP, USP.

E-mail do autor: ecdcava@eerp.usp.br

comportamentais: produtividade diminuída, observação atenta e vigilância, pouco contato olho-a-olho, agitação, olhar em torno, movimentos estranhos, preocupações expressas devido à mudança em eventos da vida, insônia, inquietação; afetivas: pesaroso, irritabilidade, angústia, assustado, nervoso, excessivamente excitado, desamparo aumentado doloroso e persistente, incerteza, cautela aumentada, foco em si mesmo, sentimentos de inadequação, receoso, aflito, apreensão, ansioso; objetivas: tremores das mãos, insônia, subjetivas: fraqueza, preocupado; fisiológicas: respiração aumentada, voz trêmula, urgência urinária, pulso aumentado, dilatação pupilar, reflexos aumentados, dor abdominal, distúrbio do sono, formigamento nas extremidades, tensão aumentada, excitação cardiovascular, perspiração aumentada, tensão facial, anorexia, palpitação, diarréia, hesitação urinária, fadiga, boca seca, pulso diminuído, rubor facial, vasoconstrição superficial, contração muscular, pressão sanguínea diminuída, náusea, frequência urinária, tontura, dificuldades respiratórias, pressão sanguínea aumentada; cognitivas: bloqueio de pensamento, confusão, preocupação, esquecimento, ruminação, atenção prejudicada, campo de percepção diminuído, medo de conseqüências inespecíficas, tendência a culpar outros, dificuldade para concentrar-se, capacidade diminuída de solucionar problemas, capacidade de aprendizado diminuída, consciência dos sintomas fisiológicos^(16;132).

Já o medo pode ser caracterizado. por:

temor, comportamento de briga – agressão, foco em “algo” lá fora, estado de alerta aumentado, sujeito a pânico freqüente, comportamento de briga – retraimento, preocupação, alarme, molhar a cama, amedrontado, nervoso, impulsividade, capacidade de identificar o objeto do medo, estimulação física, identifica objeto do medo, concentração na fonte, assustado, apreensão, resposta imediata ao objeto do medo, aterrorizado, freqüência cardíaca aumentada, autosegurança diminuída, amedrontado, olhos arregalados, comportamento de ataque, tensão aumentada, horror, cautela^(16;134).

As diferenças entre os diagnósticos de medo e ansiedade foram examinadas em um estudo em que se concluiu que o medo é resultado de uma ameaça que pode ser localizada e identificada. Caracteriza-se pela apresentação pelo paciente de uma resposta simpática com aumento do estado de alerta. O indivíduo com ansiedade apresenta ambas as respostas: simpática e parassimpática. As respostas dependem do nível de ansiedade, mas o indivíduo relata sentimentos de incerteza⁽¹⁷⁾.

Alguns fatores que podem estar relacionados à ansiedade são:

conflitos inconscientes de valores e metas essenciais da vida, ameaça do autoconceito, ameaça de morte, ameaça ou mudança no estado de saúde, ameaça ou mudança na função do papel, ameaça ou mudança no ambiente, ameaça ou mudança na interação dos padrões, crise situacional ou existencial, contágio ou transmissão interpessoal, necessidades não atendidas^(15; 131).

Já o medo pode estar relacionado a:

valores culturais relacionados à morte e doença; possibilidades de mudanças fisiológicas como: taquicardia, perda da visão, perda da audição, perda de um membro, paralisia; separação de pessoas significativas, numa situação potencialmente ameaçadora como por exemplo, hospitalização, tratamento prolongado, prisão, etc., barreiras na comunicação, estímulos fóbicos^(15;134).

Considerando que os indicadores clínicos desse diagnóstico podem apresentar diferenças dependendo de aspectos culturais, sócio-econômicos do paciente e dos seus problemas de saúde, e que não há trabalhos na literatura que tenham focado as características definidoras desses

diagnósticos no paciente vítima de queimaduras, realizamos esse estudo com os objetivos de identificar e validar as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem medo e ansiedade, encontradas na literatura, para o paciente que sofreu queimaduras.

2 Metodologia

Foi realizado um levantamento bibliográfico com o objetivo de listar todas as características definidoras que poderiam, de alguma forma, indicar a presença dos diagnósticos de medo e ansiedade. Esse levantamento foi realizado mediante pesquisa nas bases de dados MEDLINE e LILACS, retrocedendo até o ano de 1980. Iniciamos a busca pelas palavras medo e ansiedade. Foram então construídos dois instrumentos compostos por 97 características cada um, entre elas, características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de medo e de ansiedade propostas pela NANDA⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, além de outras que foram encontradas na literatura^(13,17-22).

Quando se deseja validar dois diagnósticos semelhantes, deve-se elaborar dois instrumentos iguais, porém com instruções diferentes^(11,23). Neste estudo, um instrumento continha a definição de medo e orientações para que o entrevistado respondesse o questionário de acordo com essa definição, ou seja, que identificasse as características definidoras pertinentes ao diagnóstico de medo. Um outro instrumento, com as mesmas características definidoras, foi utilizado para o diagnóstico de ansiedade, com orientações para que nas respostas fosse considerada a definição desse diagnóstico, ou seja que os participantes identificassem as características definidoras pertinentes ao diagnóstico de ansiedade.

Com base na literatura^(13,17-22), foram elaboradas definições operacionais para cada característica. Ao elaborar essas definições, observamos que algumas características tinham o mesmo significado. Essas características foram excluídas dos instrumentos. A característica ansiedade também foi excluída do instrumento por ter sido considerada uma característica definidora óbvia⁽²²⁾.

O estudo foi iniciado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP) e pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFM - USP), locais onde o estudo foi desenvolvido. Foi solicitado o consentimento de todos os participantes.

Os instrumentos de coleta de dados foram submetidos à validação de aparência e conteúdo e a um pré-teste, conforme proposto na literatura⁽²⁴⁾. Os resultados obtidos mediante a realização desse procedimento foram utilizados para melhorar a aparência e conteúdo dos instrumentos. Uma vez elaborados e testados os instrumentos, iniciamos a realização da validação de conteúdo dos diagnósticos de medo e ansiedade de acordo com o Modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico^(11, 23), conforme os passos descritos a seguir: a) os instrumentos foram entregues aos enfermeiros das Unidades de Queimados, considerados experientes na área de tratamento ao paciente que sofreu queimaduras, para que analisassem as características definidoras contidas nos instrumentos. Foi dada oportunidade para que sugerissem novas características; b) para cada evidência clínica os enfermeiros foram orientados a escolher uma entre cinco alternativas que poderiam indicar o quanto cada característica corresponderia ao diagnóstico de medo e de ansiedade, a saber, muitíssimo, muito, de algum modo, pouco e nada característico. Foram atribuídos valores para cada resposta da forma apresentada a seguir: muitíssimo = 1; muito = 0,75; de algum modo = 0,5; pouco = 0,25; nada = 0; c) A partir dos escores obtidos para cada característica, foi calculada a média ponderada. Com base no Modelo de Validação de Conteúdo⁽¹¹⁾, as evidências clínicas com peso maior ou igual a 0,80 devem ser consideradas características

definidoras maiores, e as com peso entre 0,50 e 0,79 devem ser consideradas como características menores e as com peso menor que 0,50 devem ser desconsideradas. Neste estudo, optamos por apenas desconsiderar as características definidoras com peso menor que 0,50, e não categorizar as demais como maiores e menores, uma vez que a desde 1999, a Taxonomia I da NANDA não apresenta essa classificação para as características definidoras dos diagnósticos.

Também faziam parte dos instrumentos questões como tempo de formado, tempo de exercício na profissão, formação (especialização, mestrado, doutorado), curso para aprendizado de diagnóstico de enfermagem e tempo em que utiliza o diagnóstico de enfermagem, publicações na área de queimaduras e/ou diagnósticos de enfermagem, para que fosse possível caracterizar o grupo de participantes.

Os requisitos apresentados pela literatura^(11,23) para que uma pessoa seja considerada um experto para participar de

estudos dessa natureza são: anos de experiência em prática de enfermagem e na condução de pesquisas na área de diagnósticos de enfermagem, publicações sobre diagnósticos de enfermagem e participação em cursos ou eventos relacionados com a temática diagnóstico de enfermagem. Considerando esses critérios⁽¹¹⁾, procuramos profissionais que atuassem na área de queimaduras há pelos menos dois anos, que tivessem experiência na utilização dos diagnósticos de enfermagem propostos pela Taxionomia da NANDA, que houvessem realizado pesquisas na área de diagnósticos de enfermagem ou na área de queimaduras, que tivessem participado de cursos na área de diagnósticos de enfermagem e cursos de pós-graduação. Foram estabelecidos pontos para os critérios estabelecidos, realizando-se uma adaptação a partir da proposta por Fehring⁽²³⁾ e a partir de outra adaptação realizada por outro autor⁽²⁵⁾, de acordo com a pontuação que pode ser observada na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Pontuação obtida pelos enfermeiros participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2001.

Critérios	Pontuação	Enfermeiros															
		E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13	E 14	E 15	E 16
Mestre em enfermagem sem relação com a temática	4	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mestre – temática - diagnóstico de enfermagem	2	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Publicações em diagnósticos ou queimaduras	2	x	x	x	-	x	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	-
Doutorado em enfermagem sem relação com a temática	2	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doutorado - temática - diagnóstico de enfermagem	2	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prática há pelo menos 2 na área de queimaduras	2	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cursos de na área de diagnósticos de enfermagem	1	-	x	x	x	x	-	x	-	x	x	x	-	x	x	x	x
Pontuação obtida	15	6	15	11	5	5	4	5	2	5	5	3	2	3	3	3	3

Fonte: Dados da pesquisa.

No Brasil, há poucos enfermeiros que atuam na área de queimaduras e que realizaram cursos de Pós-Graduação e, ainda, que adotam os diagnósticos de enfermagem propostos pela Taxionomia I da NANDA⁽¹⁶⁾ em sua prática. Esse é um fator limitante para a realização deste tipo de estudo, por essa razão, entrevistamos todos os enfermeiros das duas Unidades onde desenvolvemos esse estudo. Embora dois enfermeiros tenham obtido uma pontuação igual a dois, eles foram incluídos no estudo, pois demonstraram interesse em participar e tinham conhecimentos sobre diagnósticos de enfermagem e experiência maior que dois anos de atuação na área de assistência ao paciente queimado. Apenas um dos sujeitos, entre os que participaram do estudo, realizou somente pesquisa na área de queimados, permanecendo na Unidade durante o período em que coletou dados. Dentre os enfermeiros estudados, três possuíam até quatro anos na área de assistência a pacientes queimados e onze atuavam há mais de quatro anos nessa área.

A literatura preconiza que 50 expertos sejam selecionados para participar desse tipo de estudo⁽¹¹⁾. Entretanto,

considerando a dificuldade de encontrar profissionais com essas características no Brasil, não foi possível selecionar o número recomendado de expertos, mas sim 17 profissionais que concordaram em participar da pesquisa e atendiam pelo menos em parte os critérios estabelecidos. Um dos instrumentos foi descartado pois o enfermeiro respondeu ao questionário de maneira incorreta e incompleta, restando portanto apenas 16 participantes.

3 Resultados e discussão

Em razão do grande número de características definidoras apresentadas para os dois diagnósticos, optamos por apresentar e discutir os resultados, inicialmente, enfocando as características que obtiveram média de escore maior ou igual a 0,70, e em seguida as que apresentaram média de escore entre 0,50 e 0,69 e finalmente as características que foram excluídas, ou seja, que obtiveram média de escore inferior a 0,50.

- Características definidoras que obtiveram média de escore maior ou igual a 0,70

Tabela 2- Características definidoras do diagnóstico de enfermagem de medo que obtiveram média de escore maior ou igual a 0,70. Ribeirão Preto, 2001.

Características	Média de escores
Refere ou nota-se insônia ²	0,78
Preocupação expressa devido à mudanças em eventos da vida ²	0,78
Relata distúrbios do sono ²	0,76
Percebe-se tensão aumentada ³	0,73
Verbaliza desconforto ⁴	0,72
Apresenta anorexia ⁴	0,72
Verifica-se freqüência cardíaca aumentada ²	0,70
Nota-se estado de alerta aumentado ¹	0,70

1. Características definidoras da NANDA (1999) para o diagnóstico do medo
2. Características definidoras da NANDA (1999) para o diagnóstico de ansiedade
3. Características definidoras da NANDA (1999) para o diagnóstico de medo e ansiedade
4. Características encontradas em outras referências⁽¹⁷⁾.

Tabela 3- Características definidoras do diagnóstico de enfermagem de ansiedade que obtiveram média de escore maior ou igual a 0,70. Ribeirão Preto, 2001.

Características	Média dos escores
Preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida ²	0,81
Nota-se estar preocupado ³	0,78
Verbaliza desconforto ⁴	0,76
Mostra-se receoso ²	0,76
Refere estar temeroso ¹	0,76
Mostra-se desassossegado ⁴	0,75
Refere estar angustiado ²	0,75
Mostra-se inquieto ²	0,75
Percebe-se tensão aumentada ³	0,75
Mostra-se agitado ²	0,73
Apresenta-se nervoso ³	0,73
Refere ou nota-se insônia ²	0,73
Relata distúrbios do sono ²	0,72
Percebe-se estar aflito ²	0,72
Nota-se tensão facial ²	0,70
Apresenta-se pesaroso ²	0,70
Refere estar apreensivo ³	0,70
Apresenta anorexia ⁴	0,70

Observa-se na Tabela 2, que, para o diagnóstico de *medo*, oito características definidoras obtiveram média maior ou igual a 0,70, dessas, apenas duas são descritas pela Taxionomia I da NANDA⁽¹⁶⁾ para esse diagnóstico. Na Tabela 3, observa-se que dezoito características obtiveram média maior ou igual a 0,70 para o diagnóstico de ansiedade, 14 dessas são descritas na Taxionomia da NANDA⁽¹⁶⁾ para esse diagnóstico.

Podemos notar que a característica definidora "preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida"

foi a única que apresentou média de escore maior ou igual a 0,80. Essa característica obteve média de escore de 0,78 para o diagnóstico de medo (Tabela 2) e 0,81 para o diagnóstico de ansiedade (Tabela 3); os maiores valores encontrados para os dois diagnósticos. É interessante observar que, embora esta característica esteja relacionada pela Taxionomia I da NANDA⁽¹⁶⁾ apenas para o diagnóstico de ansiedade, a "preocupação expressa devido à mudança em eventos da vida", como a hospitalização e a queimadura, por exemplo, pode se constituir em manifestação do diagnóstico de medo. A mudança brusca que ocorre na vida de uma pessoa que sofre uma queimadura, tanto no que tange aos aspectos físicos como emocionais, faz com que o paciente e também seus familiares, nas primeiras 72 horas após o trauma, permaneçam ansiosos, em estado de alerta⁽⁹⁾. Nessa fase, o foco de atenção está na sobrevivência e, nessas circunstâncias, o medo das possíveis mudanças que podem advir e que são desconhecidas para essas pessoas é constante.

As características definidoras "nota-se estar preocupado" e "refere ou nota-se insônia" para o diagnóstico de medo são manifestações freqüentes na pessoa que sofreu uma queimadura, um trauma que provoca uma mudança brusca na vida de uma pessoa e que, a cada dia, implicará na necessidade de buscar mecanismos para enfrentar os procedimentos dolorosos e as mudanças em seu corpo. Vários autores têm associado a insônia, apresentada pela pessoa que sofre queimaduras, ao medo dos procedimentos de banho e curativo e das mudanças corporais^(9,27).

A característica "nota-se estar preocupado" obteve pontuação 0,78 para o diagnóstico de ansiedade (Tabela 3) e 0,69 para o diagnóstico de medo (Tabela 4). Lembramos que essa manifestação é descrita pela Taxionomia I da NANDA⁽¹⁶⁾ para os dois diagnósticos. Outra característica descrita para os dois diagnósticos é "percebe-se tensão aumentada", que obteve pontuação de 0,73 e 0,75 para os diagnósticos de medo e ansiedade, respectivamente. A característica "refere estar temeroso" é uma manifestação do diagnóstico de medo, porém obteve média maior que 0,70 somente para o diagnóstico de ansiedade.

Em outro estudo, que teve como objetivo diferenciar os diagnósticos de medo e ansiedade, foram identificadas como críticas para o diagnóstico de ansiedade as características: "excitação cardiovascular", "apreensão" e "aumento da tensão" e para o diagnóstico de medo: "amedrontado", "excitação cardiovascular", "apreensivo" e "assustado"⁽²²⁾. Quando uma característica crítica está presente ela é suficiente para que se estabeleça o diagnóstico⁽²⁶⁾. Em nosso estudo, dentre essas características, "tensão aumentada" e "refere estar apreensivo" obtiveram pontuação maior ou igual a 0,70 para o diagnóstico de ansiedade. Dentre essas características, "percebe-se tensão aumentada" foi a única que obteve pontuação maior que 0,70.

As características "verbaliza desconforto" e "apresenta anorexia" foram encontradas em outras literaturas⁽¹⁷⁾ e não são apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para nenhum dos dois diagnósticos estudados; contudo, ambas obtiveram média de escore maior que 0,70 para os dois diagnósticos. O desconforto e a dor fatalmente estarão presentes após a ocorrência de um trauma como a queimadura, mesmo que esta queimadura não tenha atingido uma superfície corporal muito extensa. Essa situação leva o paciente a ficar inquieto, ansioso e a uma perda de apetite, cujas conseqüências poderão agravar ainda mais o seu estado. Esses problemas são freqüentemente apresentados pelos pacientes em uma Unidade de Queimados e, por essa razão, possivelmente, os enfermeiros atribuíram um escore maior a essas características.

- Características definidoras que apresentaram média de escores entre 0,50 e 0,69

A Tabela 4, a seguir, apresenta as 58 características definidoras que obtiveram média de escore entre 0,50 e 0,69 para o diagnóstico de *medo*. Na primeira coluna estão listadas

as características e que são relacionadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para esse diagnóstico (medo) e na segunda os escores obtidos. Na terceira coluna, estão listadas as novas características que foram incluídas para esse diagnóstico (medo) a partir da

literatura e de outras características que a NANDA⁽¹⁶⁾ apresenta para o diagnóstico de ansiedade, mas que os enfermeiros identificaram como manifestações do diagnóstico de medo.

Tabela 4 - Características definidoras identificadas pelos enfermeiros para o diagnóstico de *medo* com médias dos escores entre 0,50 e 0,69. Ribeirão Preto, 2001.

Características identificadas pelos enfermeiros para o diagnóstico de <i>medo</i> que são apresentadas pela NANDA (1999) para esse diagnóstico	Média dos escores	Novas características incluídas para o diagnóstico de <i>medo</i> , mas que são apresentadas pela NANDA (1999) para o diagnóstico de <i>ansiedade</i> e que foram listadas a partir de outras literaturas ^(13,17-22) .	Média dos escores
Nota-se estar preocupado ³	0,69	Mostra-se desassossegado ⁴	0,69
Nota-se resposta imediata ao objeto do medo ¹	0,69	Apresenta-se pesaroso ²	0,67
Refere estar amedrontado ¹	0,69	Percebe-se estar aflito ²	0,67
Apresenta-se nervoso ³	0,67	Refere estar angustiado ²	0,64
Refere estar temeroso ¹	0,66	Focar-se em si mesmo ²	0,64
Refere estar assustado ³	0,66	Verbaliza sentimento de culpa ⁴	0,63
Refere autosegurança diminuída ¹	0,66	Observação atenta e vigilante ²	0,62
Sujeito à pânico frequente ¹	0,66	Mostra-se inquieto ²	0,62
Observa-se comportamento de briga – retraimento ¹	0,61	Mostra-se irritado ²	0,62
Refere estar horrorizado ¹	0,61	Desamparo aumentado doloroso e persistente ²	0,62
Refere estar aterrorizado ¹	0,59	Refere incerteza ²	0,62
Nota-se comportamento de ataque ¹	0,59	Nota-se perspiração aumentada ²	0,62
Nota-se estar alarmado ¹	0,58	Nota-se tensão facial ²	0,62
Observa-se capacidade de identificar o objeto do medo ¹	0,56	Refere vergonha ⁴	0,62
Observa-se concentração na fonte ¹	0,56	Verbaliza estar deprimido ⁴	0,62
Nota-se comportamento de briga – agressão ¹	0,55	Refere estar apreensivo ³	0,61
Mostra-se cauteloso ³	0,50	Mostra-se agitado ²	0,61
		Nota-se respiração aumentada ²	0,61
		Refere boca seca ²	0,61
		Refere abuso de substâncias ⁴	0,61
		Nota-se reflexos aumentados ²	0,59
		Relata consciência dos sintomas fisiológicos ²	0,59
		Verbaliza atentar contra a própria vida ⁴	0,59
		Olha ao redor ²	0,58
		Excitação cardiovascular ²	0,58
		Verbaliza tontura ²	0,58
		Verifica-se pressão sanguínea aumentada ²	0,58
		Refere palpitação ²	0,56
		Verifica-se vasoconstrição superficial ²	0,55
		Perda da libido ⁴	0,55
		Nota-se dificuldades respiratória ²	0,53
		Imaginação aumentada ⁴	0,53
		Relata produtividade diminuída ²	0,51
		Refere formigamento de extremidades ²	0,51
		Medo de conseqüências inespecíficas ²	0,51
		Refere sentimentos de inadequação ²	0,50
		Relata fraqueza ²	0,50
		Refere dor abdominal ²	0,50
		Refere sentir náusea ²	0,50
		Refere bloqueio de pensamento ²	0,50
		Confusão ²	0,50

Podemos observar na Tabela 4 que 58 características definidoras obtiveram média de escore entre 0,50 e 0,69 para o diagnóstico de medo; dessas, 17 estão entre as características apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para esse diagnóstico. As 41 características restantes apresentadas nessa Tabela são descritas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para o diagnóstico de ansiedade ou foram encontradas em outras literaturas⁽¹⁷⁻²²⁾, mas foram incluídas pelos enfermeiros como sendo manifestações do diagnóstico de medo.

As características que obtiveram menor média de escore para o diagnóstico de medo foram: “mostra-se cauteloso”, “refere sentimentos de inadequação”, “relata fraqueza”, “refere dor abdominal”, “refere sentir náusea”, “refere bloqueio de pensamento” e “confusão” (0,50 cada). Todas essas características são manifestações apresentadas pela

Taxionomia I da NANDA⁽¹⁶⁾ para o diagnóstico de ansiedade e a característica “mostra-se cauteloso” é apresentada também para o diagnóstico de medo. A pontuação máxima para essa faixa de escore foi observada para as características: “nota-se estar preocupado”, “mostra-se desassossegado”, “refere estar amedrontado”, “nota-se resposta imediata ao objeto do medo” (0,69). As duas últimas são manifestações descritas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para o diagnóstico de medo.

A característica “nota-se resposta imediata ao objeto do medo” apresentou uma pontuação de 0,69 para o diagnóstico do medo e de 0,44 para o de ansiedade. É importante observar que essa característica pressupõe a identificação do objeto de medo e, assim, é uma manifestação que está associada à própria definição do diagnóstico de medo, no aspecto que o diferencia da ansiedade cuja fonte é “freqüentemente

inespecífica ou desconhecida pelo indivíduo⁽¹⁶⁾. “Nota-se estar alarmado”, “refere estar aterrorizado”, “refere estar horrorizado” são características do diagnóstico de *medo* apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ que também obtiveram pontuação dentro dessa faixa de escore (0,50 a 0,69).

As características apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para o diagnóstico de *medo*: comportamentos de briga - agressão e comportamento de briga - retraimento obtiveram escore 0,55 e

0,61, respectivamente. A expressão comportamento de briga pode ser comparada com formas de enfrentamento, dessa forma, em um comportamento de briga ou o indivíduo responde de forma agressiva ou ele se retrai. Assim, a Taxionomia I da NANDA⁽¹⁶⁾ não especifica o tipo de comportamento relacionado a esse aspecto. O paciente queimado pode apresentar delírio nos primeiros dias após a queimadura e, como conseqüência, freqüentemente observa-se um comportamento agressivo nesse período.

Tabela 5 – Características definidoras identificadas pelos enfermeiros para o diagnóstico de ansiedade com médias dos escores entre 0,50 e 0,69. Ribeirão Preto, 2001.

Características identificadas pelos enfermeiros para o diagnóstico de <i>ansiedade</i> que são apresentadas pela NANDA (1999) para esse diagnóstico	Média dos escores	N Novas características incluídas pelos enfermeiros para o diagnóstico de <i>ansiedade</i> , mas que são apresentadas pela NANDA (1999) para o diagnóstico de <i>medo</i> e que foram listadas a partir de em outras literaturas ^(13,17-22) .	Média dos escores
Verifica-se freqüência cardíaca aumentada ³	0,69	Mostra-se impulsivo ¹	0,68
Nota-se respiração aumentada ²	0,67	Sujeito à pânico frequente ¹	0,67
Refere estar assustado ³	0,66	Desamparo aumentado doloroso e persistente ¹	0,67
Observação atenta e vigilante ²	0,66	Refere incerteza ¹	0,67
Olhar ao redor ²	0,66	Nota-se estado de alerta aumentado ¹	0,66
Mostra-se irritado ²	0,66	Nota-se estar alarmado ¹	0,66
Refere boca seca ²	0,66	Refere autosegurança diminuída ¹	0,66
Medo de conseqüências inespecíficas ²	0,62	Refere estar amedrontado ¹	0,64
Nota-se perspiração aumentada ²	0,61	Verbaliza estar deprimido ⁴	0,64
Focar-se em si mesmo ²	0,59	Refere vergonha ⁴	0,61
Verbaliza tontura ²	0,59	Verbaliza sentimentos de culpa ⁴	0,60
Refere diminuição da capacidade de	0,59	Permanece com os olhos arregalados ¹	0,59
Mostra-se excessivamente excitado ²	0,58	Refere estar aterrorizado ¹	0,58
Percebe-se atenção prejudicada ²	0,58	Nota-se comportamento de ataque ¹	0,58
Refere palpitação ²	0,56	Nota-se comportamento de briga – agressão ¹	0,56
Refere sentir náusea ²	0,56	Perda da libido ⁴	0,56
Verifica-se pressão sanguínea aumentada ²	0,56	Refere abuso de substâncias ⁴	0,55
Apresenta voz trêmula ²	0,55	Observa-se comportamento de briga – retraimento ¹	0,55
Excitação cardiovascular ²	0,55	Imaginação aumentada ⁴	0,53
Verifica-se vasoconstrição superficial ²	0,55	Percebe-se estimulação física ¹	0,50
Nota-se dificuldades respiratória ²	0,55	Refere estar horrorizado ¹	0,50
Relata dificuldade para concentrar-se ²	0,55		
Verbaliza atentar contra a própria vida ²	0,55		
Refere sentimentos de inadequação ²	0,53		
Refere contração muscular ²	0,53		
Relata fadiga ²	0,51		
Freqüência urinária ²	0,51		
Confusão ²	0,51		
Relata consciência dos sintomas fisiológicos ²	0,50		
Apresenta tremor das mãos-tremores ²	0,50		
Relata produtividade diminuída ²	0,50		

A Tabela 5 apresenta as características que obtiveram média de escore entre 0,50 e 0,69 para o diagnóstico de *ansiedade*. Na primeira e segunda colunas estão listados, respectivamente, as características que são relacionadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para esse diagnóstico (*ansiedade*) e os escores correspondentes. Na terceira e quarta colunas, respectivamente, estão listados as novas características incluídas para esse diagnóstico (*ansiedade*) a partir da literatura e outras características que a NANDA⁽¹⁶⁾ apresenta para o diagnóstico de *medo*, mas que os enfermeiros identificaram como manifestações do diagnóstico de *ansiedade* e escores correspondentes.

Podemos observar, na Tabela 5, que 52 características definidoras obtiveram pontuação entre 0,50 e 0,69 para o

diagnóstico de *ansiedade*. Dessas características, 31 já são apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ e as demais (21) foram incluídas a partir de outras literaturas, sendo que dessas, 15 são listadas pela Taxionomia I da NANDA para o diagnóstico de *medo*.

As características definidoras com a menor média de escore, para o diagnóstico de *ansiedade*, foram: “percebe-se estimulação física”, “refere estar horrorizado”, “relata produtividade diminuída”, “apresenta tremor das mãos/tremores” e “relata consciência dos sintomas fisiológicos” (0,50) e a característica com maior escore foi “verifica-se freqüência cardíaca aumentada” (0,69). Muitas dessas características podem ser manifestadas com freqüência por uma pessoa que sofreu uma queimadura. Entretanto, pode ser difícil para o enfermeiro associar a presença de alguns sintomas, como

por exemplo frequência cardíaca aumentada, tremores e relatos de consciência dos sintomas fisiológicos, com o diagnóstico de ansiedade, já que essas são também manifestações de outros diagnósticos de enfermagem. Por essa razão, é preciso analisar cada caso individualmente e considerar as manifestações que o paciente apresenta em seu conjunto.

A característica “medo de conseqüências inespecíficas”, obteve pontuação de 0,62 para o diagnóstico de ansiedade e essa é uma das manifestações que melhor o caracteriza, considerando que esse diagnóstico tem causa inespecífica ou desconhecida pelo paciente⁽¹⁶⁾. A ansiedade é freqüentemente apresentada pelo paciente principalmente associada à incertezas que caracterizam a experiência da queimadura.

As características “refere estar assustado” e “refere estar apreensivo” são apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para ambos os diagnósticos e, obtiveram médias de escores de 0,66 e 0,70 respectivamente, para o diagnóstico de ansiedade e escore de 0,66 e 0,61 respectivamente para o diagnóstico de medo.

- Características definidoras excluídas

Das 97 características definidoras estudadas, 31 apresentaram média de escore inferior a 0,50 para o diagnóstico de enfermagem de medo. Dessas, 24 são características apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para o diagnóstico de ansiedade; três características foram encontradas em outras literaturas e quatro são características apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para o diagnóstico de medo.

Dentre as características excluídas em nosso estudo, como manifestações do diagnóstico de medo, as manifestações “verifica-se pressão sanguínea diminuída”, “verifica-se pulso diminuído”, “relata urgência urinária” e “apresenta movimentos estranhos” foram também excluídas em outro estudo em que se buscou identificar as diferenças dos dois diagnósticos⁽²²⁾.

Das 97 características definidoras estudadas, 27 obtiveram média de escore menor que 0,50 para o diagnóstico de ansiedade, dentre essas, 19 são características definidoras apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para esse diagnóstico, seis são características apresentadas pela NANDA⁽¹⁶⁾ para o diagnóstico de medo e duas foram encontradas em outras literaturas. A associação da característica definidora “molhar a cama” - por diurese ou sudorese - aos dois diagnósticos (medo ou ansiedade) no paciente que sofreu uma queimadura, por exemplo, pode ser difícil, principalmente se considerarmos que, nos primeiros dias de internação, o paciente é mantido com sonda vesical e apresenta perdas de líquidos pelas queimaduras.

A característica “observa-se capacidade de identificar o objeto do medo”, obteve menor pontuação para o diagnóstico de ansiedade. Podemos relacionar a sua exclusão como uma característica do diagnóstico de ansiedade pelo fato de que na Taxionomia I da NANDA⁽¹⁶⁾, essa característica é apresentada como definidora do diagnóstico de medo e não da ansiedade. Da mesma forma, observa-se que a característica “concentração na fonte” que obteve pontuação de 0,42 como manifestação de ansiedade foi excluída, o que está de acordo com a definição desse diagnóstico⁽¹⁶⁾, que diferentemente do medo, nem sempre tem fonte específica⁽¹⁶⁾.

4 Conclusões

Das 97 características definidoras apresentadas em nosso instrumento, os dezesseis enfermeiros entrevistados, excluíram 31 para o diagnóstico de enfermagem de medo e 27 para o diagnóstico de ansiedade. Oito características definidoras apresentaram média de escores maior ou igual a 0,70 para o diagnóstico de medo e 18 apresentaram média de escore maior ou igual a 0,70 para o diagnóstico de ansiedade. As características que obtiveram maior pontuação foram “preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida” para o diagnóstico de ansiedade e “refere ou nota-se insônia” para o diagnóstico de medo. Essas manifestações são

freqüentes na pessoa que sofreu queimadura, e que a cada dia implicará na necessidade de enfrentamento de procedimentos dolorosos que geram medo.

Cinquenta e oito manifestações apresentaram média de escores entre 0,50 e 0,70 para o diagnóstico de medo e 52 para o diagnóstico de ansiedade. Vale lembrar que encontramos apenas uma característica definidora com média de escore maior ou igual a 0,80 para o diagnóstico de ansiedade.

Observamos ainda que algumas características definidoras propostas pela Taxionomia I da NANDA⁽¹⁶⁾ para o diagnóstico de medo, obtiveram maior média de escore para o diagnóstico de ansiedade; o contrário também foi observado. Fato esse que pode estar relacionado à especificidade dos diagnósticos, já que ambos se caracterizam por um maior número de características subjetivas que objetivas ou às características dos pacientes queimados.

Os resultados desse estudo podem fornecer uma base para estudar a diferenciação entre esses dois diagnósticos, realizada apenas em um outro país⁽¹⁷⁾. Apesar de considerarmos que a diferenciação desses dois diagnósticos é difícil, pois freqüentemente são apresentados concomitantemente pelo mesmo paciente, entendemos que a realização de estudos desse tipo no Brasil é importante, já que os indicadores clínicos desses diagnósticos podem apresentar diferenças dependendo das condições do paciente, dos problemas de saúde e do contexto cultural em que ele vive. Destaca-se que a validade de estudos dessa natureza depende do instrumento que deve conter indicadores precisos e também de aspectos que envolvem a competência técnica e responsabilidade dos próprios enfermeiros sujeitos do estudo. Esses aspectos podem ter interferido nos resultados obtidos. Um outro aspecto a ser ressaltado é o grande número de características definidoras apresentadas nesse estudo para os dois diagnósticos, o que implica necessidade de agrupamentos para uma melhor compreensão dos enfermeiros.

Referências

1. Van Der Does AJ. Patients and nurses ratings of pain and anxiety during burn wound care. *Pain* 1989;39(1):95-101.
2. Sheridan RL, Hinson M, Nackel A, Blaquiere M, Daley W, Querzoil B, et al. Development of a pediatric burn pain and anxiety management program. *J Burn Care Rehabil* 1997;5(18):455-9.
3. Tall LA, Faber AW. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns* 1997;23(7-8):545-9.
4. Thurston N, Reilly S, Hanson J, Hrenewich B, Sleith J. Emotional responses of hospitalized patients with burns to debridement during the acute phase. *J Burn Care Rehabil* 1995;16(3):269-75.
5. Franulic A, Gonzalez X, Trucco M, Vallejos F. Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns* 1996;22(8):618-22.
6. Williams EE, Griffiths TA. Psychological consequences of burn injury. *Burns* 1991;6(17):478-80.
7. Tedstone JE, Tarrier N. An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns* 1997;7-8(23):550-4.
8. McCall JE, Fischer CG, Warden G, Kopcha R, Lloyd S, Uoung J, Schomaker B. Lorazepam given the night before surgery reduces preoperative anxiety in children undergoing reconstructive burn surgery. *J Burn Care Rehabil* 1999;20(2):151-4.
9. Andreansen NJC, Norris AS, Hartford CE. Incidence of Long-Term Psychiatric Complications in Severely Burned Adults. *Ann Surg* 1971; 174(5):785-803.
10. Wake, Fehring & Fadden. In: Caroll-Johnson RM, Paquette M, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference. Philadelphia (PA): Lippincott;1994.p.234-6.
11. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart Lung* 1987; 16(6):625-9.

12. Peniche A de CG. A ansiedade na resposta do paciente no pós-operatório imediato. *Revista SOBECC*, São Paulo;1999;4(2):5.
13. Peniche A de CG, Chaves EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Rev Lat Am Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP); 2000 jan/fev;8(1):45-50.
14. Rossi LA, Garcia TR, Chianca TM, Barruffini RCP. Perfil de los diagnósticos de enfermería de una clientela de pacientes portadores de quemaduras. *Cienc Enfermeria* 1998; IV:55-63.
15. North American Nursing Diagnosis Association. *NANDA Nursing Diagnoses: definitions and classification - 1992-1993*. Philadelphia (PA): North American Nursing Diagnosis Association;1992.
16. North American Nursing Diagnosis Association. *NANDA Nursing Diagnoses: definitions and classification - 1999-2000*. Philadelphia (PA): North American Nursing Diagnosis Association;1999.
17. Adams P, Coler M, Colins J, Cotteta T, Delaney C, Krainovch-Miller B, *et al*. Anxiety/Fear *In: Rantz M, Lmone P, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Twelfth Conference North American Nursing Diagnosis Association*. Pittsburgh (KS): Library of Congress;1997.p.3421-5.
18. Yocom CJ. The differentiation of fear and anxiety. *In: McFarland GK, McLane AM, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Fifth National Conference*. Saint Louis (MO): Mosby;1994. p.352-5.
19. Spilberger C. *Tensão e Ansiedade*. São Paulo: Harper & Row do Brasil;1981.
20. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar Editores;1982.
21. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1960;23:56-61.
22. Whitley GG. Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses anxiety and fear. *Nurs Diagn* 1994;5(4):143-50.
23. Fehring RJ. Validation diagnostic labels: standardized methodology. *In: Hurley ME, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth conference*. St Louis (MO): Mosby;1986.p.183-90.
24. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas;1995.
25. Jesus CA. *Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem [tese de doutorado em enfermagem]*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.191f.
26. Gordon M. *Nursing Diagnosis: Process and application*. 3rd ed. St. Louis (MO):Mosby;1994.
27. Boeve SA, Aaron L, Martin-Herz SP, Pertenson A, Cain V, Heimbach DM, *et al*. Sleep Disturbance after burn injury. *J Burn Care Rehabil* 2002;23:32-8.

Data de Recebimento: 06/12/2003

Data de Aprovação: 28/06/2004