

# ANSIEDADE: UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR COM RECURSO AO TERMÓMETRO DE DISTRESS

Raquel Maria Soares Amado; Pedro Miguel Madaleno Cardoso; Jacinto Marques da Costa;  
Sandra Ferreira Santos; Ana Isabel Roque Martins; Rui Miguel Santos Pais; Joana Filipa Teixeira Ferreira.  
Serviço Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ Urologia, IPO Coimbra

**ORIENTAÇÃO:** Professora Doutora Aida Cruz Mendes, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Segundo o National Comprehensive Cancer Network (NCCN), distress é um termo utilizado para designar sentimentos ou emoções que podem interferir com a capacidade que o doente tem para lidar com o cancro, com os seus sintomas físicos e tratamento. Desenvolveu-se esta investigação com dois objectivos principais: avaliar o distress nos doentes internados no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do IPO de Coimbra e identificar os factores de perturbação/problemas associados que podem contribuir para o distress sentido.

Este estudo enquadra-se no domínio da investigação quantitativa de características descritivas e exploratórias. A amostra foi constituída por 32 doentes. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram um questionário sócio-demográfico, o termómetro de distress e o questionário de identificação de problemas associados.

O nível de distress referido pelos doentes à chegada era maioritariamente “5” (moderado), e foi diminuindo ao longo do internamento, verificando-se uma predominância de um nível de “2” no momento de alta.

**PALAVRAS-CHAVE:** Distress, termómetro de distress, oncologia, cancro de cabeça e pescoço.

*According to the National Comprehensive Cancer Network (NCCN), distress is used to describe feelings or emotions that can interfere with the patient's ability to deal with cancer, with their physical symptoms and treatment. This research was developed with two main objectives: to assess distress in patients admitted at the surgical department of head and neck of the IPO of Coimbra and identify stressors/problems associated with that may contribute to distress.*

*This study is a quantitative research with descriptive and exploratory characteristics. The sample consisted of 32 patients. The instruments used for collecting data were a socio-demographic questionnaire, the distress thermometer and the questionnaire for the identification of associated problems. The level of distress reported by patients on admission was mostly “5” (moderate), and it decreased during the time spent in the hospital to a level of “2” at the time of discharge.*

**KEYWORDS:** Distress, distress thermometer, oncology, head and neck cancer.

## Introdução

O cancro, como doença crónica e incapacitante, implica que o doente, ao longo da evolução do seu quadro clínico, e como reacção, seja confrontado com diferentes fases de adaptação a nível psicológico (Haynal et al., 1997). “O diagnóstico de cancro, imediata e prontamente, impõe a percepção de alteração no trajecto de vida do doente” (Jekel, 1999).

Ao longo do percurso de vida, a pessoa experimenta mudanças e transições. As mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo geram um processo de transição que pode realçar o bem-estar, assim como expor os indivíduos aos riscos acrescidos da doença (Meleis et al., 2000).

Perante a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, na qual o indivíduo se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação, os enfermeiros são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados ao doente e família, que se encontram num processo de transição, tendo em consideração as mudanças e as exigências que aquelas alterações provocam nas suas vidas. Por outro lado, os enfermeiros são os prestadores de cuidados que os preparam para a transição eminente e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis et al., 2000).

“A palavra cancro surge como algo que desencadeia as mais variadas emoções. Actualmente, o homem luta mais contra a morte no sentido em que os avanços científicos e técnicos assim o têm permitido” (Jekel, 1999).

O homem não consegue encarar o seu fim na terra. Acha sempre que a morte só acontece aos outros e o acto de encarar a sua morte só ocasionalmente acontece. Ele só toma consciência de que está ameaçado quando surge o seu confronto com uma doença que lhe pode colocar a vida em risco (Jekel, 1999).

As perturbações de ajustamento, ao cancro ou aos seus tratamentos, como humor depressivo e ansiedade, são as mais encontradas nos doentes, tornando-se ao longo do tempo geradoras de distress.

## Distress no doente oncológico

Na área da oncologia, distress é um termo usado para designar sentimentos ou emoções que podem in-

terferir com a capacidade que o doente tem para lidar com o cancro, com os seus sintomas físicos e tratamento (NCCN, 2008). Distress abrange uma ampla gama de sentimentos de impotência, tristeza, medo, depressão, ansiedade e pânico, podendo esta situação afectar os seus pensamentos e comportamentos (Maden, 2006). Refere Zabora et al. (2001) que “Os sintomas depressivos atingem uma morbidade bastante elevada e, assim, revela-se crucial um acompanhamento multidisciplinar ajustado aos doentes oncológicos para que todos em conjunto estejam em alerta para todos os sinais e sintomas.”

Distress é por muitos considerado uma resposta normal, quando alguém ou um membro da família recebe um diagnóstico de cancro. Todas as pessoas a quem é diagnosticado cancro têm medos e preocupações sobre o que poderá acontecer ao seu corpo, como a família irá lidar com a doença e como vai ser o seu futuro e dos seus filhos. “As pessoas questionam frequentemente se “Eu vou morrer?” e “Por que é que isso está a acontecer comigo?” (NCCN, 2008).

Os sintomas relacionados com a doença e cirurgia irão afectar a capacidade de desenvolver as suas actividades normais, originando assim o distress. A primeira linha de defesa para lidar com o distress é ter uma equipa multidisciplinar de cuidados oncológicos com que o doente se sinta confortável. Os profissionais de saúde têm de tratar o doente como um todo e não apenas o cancro, dependendo também da colaboração do doente para expressar o que sente (Maden, 2006).

## Avaliação de distress nos doentes oncológicos

Um nível de distress elevado irá levar à depressão, ao desespero, à renúncia dos cuidados, ao aumento da angústia e do sofrimento do doente e família, criando-se assim uma lacuna na qualidade global dos cuidados, levando tudo isto também a um aumento dos custos dos mesmos. A literatura diz-nos que doentes com níveis de distress mais baixos toleram melhor os tratamentos, suportando melhor os efeitos secundários dos mesmos e aceitando de forma mais positiva os prognósticos (Zabora et al., 2001).

Contudo, apesar de se questionar se o distress “Deverá ser encarado como um sinal vital, tal como temperatura, a tensão arterial, o pulso, a respiração e a dor?” (Potash, 2002), na prática clínica esta evidência não é perma-

nentemente avaliada. A atenção dos enfermeiros está mais focalizada nas manifestações físicas da doença, que requerem muita disponibilidade. Por outro lado desconhece-se o impacto que o distress poderá ter na evolução e bem-estar do doente.

Assim, podemos considerar que o cuidado emocional deve ser incluído nos cuidados diários. As intervenções iniciais são também de carácter preventivo, no sentido em que os doentes e família têm a oportunidade de identificar, expressar e avançar com os processos emocionais provocados pela sua situação (Potash 2002).

Deste modo, e para conhecer de uma forma mais específica a nossa realidade, desenvolveu-se esta investigação, centrada nos seguintes objectivos:

- Avaliar o distress nos doentes internados no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do IPO de Coimbra;
- Identificar os factores de perturbação/problemas associados que podem contribuir para o distress sentido.

### Metodologia

Este estudo enquadra-se no domínio da investigação quantitativa de características descritivas e exploratórias. Apresenta uma definição de amostras representativas do universo, aplicação de questionários estruturados ou entrevistas. Os dados recolhidos são analisados através de tratamento estatístico.

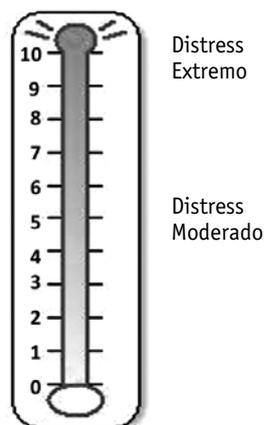
Após autorização das entidades responsáveis pela instituição, bem como a obtenção do consentimento informado dos inquiridos, foram aplicados os seguintes instrumentos:

#### Questionário sócio-demográfico

Questionário criado no âmbito deste estudo e aplicado no 1.º momento de avaliação, a admissão do doente. As variáveis utilizadas são: idade, sexo, acesso a meios de informação, meio em que habita, experiências anteriores de internamento.

#### Termómetro de distress

Escala visual analógica de 0 a 10, em que o doente assinala o nível de distress sentido, tendo em conta que serão considerados os patamares 0 “sem distress”; 5 “distress moderado” e 10 “distress elevado”. Trata-se de



um instrumento criado por Jimmie Holland, que foi utilizado pelo NCCN (2008). Após consentimento dos autores foi traduzido para português e aplicado segundo os critérios estabelecidos.

#### Questionário de identificação de problemas associados

Auto-teste que permite detectar as necessidades e dificuldades do doente. Esta escala analisa cinco áreas da vida quotidiana: aspectos sociais (trabalho, transportes, questões financeiras, ...), aspectos familiares (relacionamento com os filhos e parceiro), aspectos emocionais (tristeza, depressão, medo, ...), aspectos físicos (dores, náuseas, alimentação, ...) e aspectos espirituais (NCCN, 2008).

No primeiro momento do estudo (dia da admissão) foram aplicados todos os instrumentos. Nos segundos (3.º a 5.º dias pós-operatório, consoante a cirurgia) e terceiro momentos (dia da alta), foi aplicado apenas o termómetro de distress.

De uma população de 194 doentes, apenas 66 foram incluídos no estudo. Como critérios de exclusão foram considerados: período de internamento inferior a 3 dias, tipo de cirurgia proposta e alterações cognitivas dos indivíduos. Contudo, destes, apenas 32 doentes concluíram o processo de colheita de dados, constituindo assim a amostra do estudo. A dificuldade na comunicação no pós-operatório, a alta precoce e a recusa em participar nos três momentos constituíram um entrave para uma amostra mais significativa.

## Resultados

### Caracterização da amostra

A população é maioritariamente masculina, com uma média de idades de 63 anos, em que o meio habitacional predominante é o rural, sendo a televisão referida com principal meio de informação.

Como podemos constatar pela observação do quadro I, a maioria dos doentes inquiridos (62,5%) manifestou níveis moderados ou elevados de distress no 1.º momento. Verificamos que 6,25% dos doentes referiram não apresentar distress e 3,12% apresentaram como nível máximo 9. A média dos níveis de distress no momento da admissão ao serviço foi de 4,5, como se observa no gráfico I.

**Quadro I** – Distribuição dos doentes (%) consoante o nível de distress sentido

	1º Momento (%)	2º Momento (%)	3º Momento (%)
10	0	0	0
9	3,12	0	0
8	6,25	3,12	0
7	12,5	12,6	3,12
6	6,25	6,25	3,12
5	34,38	18,75	9,36
4	6,25	12,5	6,25
3	9,38	21,88	31,25
2	9,38	12,5	34,38
1	6,25	3,12	3,12
0	6,25	9,38	9,38

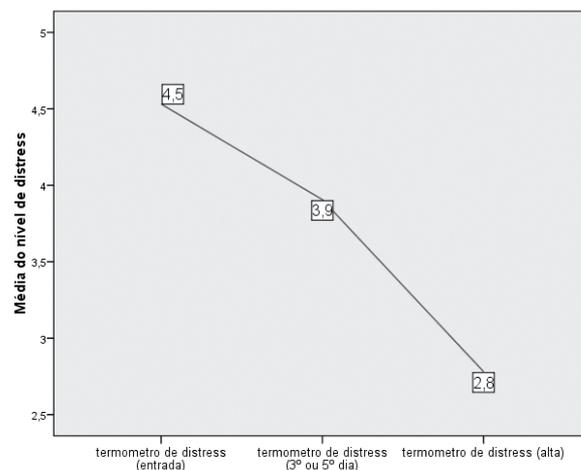
**Quadro II** – Medidas estatísticas relativas à distribuição dos indivíduos consoante o nível de distress sentido à entrada conforme a cirurgia proposta.

Grupo de cirurgia	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Lesões da face	4,71	2,360	1	9
Mandibulectomias/maxilectomias	3,83	2,041	0	5
Glossectomias	3,60	3,050	0	8
Esvaziamentos Cervicais	4,50	2,510	1	7
Laringectomias	5,50	1,732	3	7
Tiroidectomia total	5,00	0,0	5	5
Lesões do Lábio	5,67	3,215	2	8
TOTAL	4,53	2,328	0	9

Nos doentes propostos para realizar “Glossectomias” e “Mandibulectomias/maxilectomias” observamos, pela leitura do quadro II, que a média do nível de distress referido no 1.º momento é de 3,6 e 3,8. Nos doentes internados para serem submetidos a esvaziamentos cervicais e excisão de lesões da face a média é 4,5 e 4,7. Nos casos de tiroidectomia total, laringectomias e excisão de lesões do lábio a média é, respectivamente, 5,5, 5,5 e 5,7.

Analisando os problemas referidos pelos indivíduos como geradores ou implicados no nível de distress sentido, apresentados do Quadro III, é de referir que metade dos mesmos indica como problema associado

**Gráfico I** – Evolução do nível médio de distress ao longo do internamento



**Quadro III** – Áreas da vida quotidiana geradoras de distress

Problemas Associados	%
Questões financeiras	34,4
Trabalho/Profissão	34,4
Depressão	43,8
Receios/Medos	53,1
Cansaço	31,3
Dor	40,6
Aparência	21,9
Alimentação	18,8

os receios e medos do processo de doença e respectivos tratamentos. A depressão e a dor aparecem de seguida, com cerca de 40% dos doentes a apontarem-nas como problemas. De mencionar que cerca de um terço dos doentes aponta as questões financeiras, os problemas relacionados com o trabalho/profissão e o cansaço como uma preocupação e fonte de distress. As alterações da aparência e a alimentação são dos menos referidos, com cerca de 20%.

Na avaliação do nível de distress sentido no 2.º momento (Quadro I), mais de metade da amostra (quase 60%) apresenta níveis de distress inferiores a 5. De realçar que 9,38% dos inquiridos referem não apresentar distress e o nível máximo apontado é de 9, mantendo a mesma percentagem que na primeira avaliação. Como se observa no gráfico I, a média é de 3,9.

Na terceira e última avaliação, coincidente com o momento da alta clínica, apenas 15,6% da população apresenta níveis moderados ou elevados de distress (Quadro I). O nível máximo de distress referido foi de 7 (3,12%). Mais de dois terços dos doentes referem níveis de distress 3 ou inferior. Ainda de acordo com o gráfico I, observa-se que a média é de 2,8.

### **Discussão dos resultados**

Verificou-se que o nível médio de distress sentido pelos doentes foi diminuindo ao longo do internamento, apesar de, normalmente, este estar associado a experiências negativas. De acordo com Long (1999) “a cirurgia é um desencadeador de stress, tanto psicológico (...) como fisiológico (...)”. Isto leva-nos a pensar que o ambiente encontrado e as intervenções realizadas foram benéficas para o doente. Este facto pode ser um bom ponto de partida para uma análise mais profunda e implementação de boas práticas.

Alguns dos doentes inquiridos referiram, no momento da admissão, distress 0 (zero). Este resultado remete-nos para a possibilidade de estes se encontrarem num processo de negação face à doença e dos próprios problemas pessoais. Como indica Jimmie Holland, referida por NCCN (2008), devemos equacionar o facto do doente culturalmente rejeitar este sentimento, uma vez que está associado a fraqueza, fragilidade, ou

ter receio de ser rotulado de “doente mental”. Torna-se necessário acompanhar estes doentes e intervir atempadamente, pelo risco de desenvolverem processos patológicos de negação da doença e dos seus problemas quotidianos.

Na primeira avaliação, um número significativo de doentes (62,5%) referiu níveis de distress moderado ou elevado. Apesar de considerarmos que existem cirurgias possivelmente geradoras de níveis superiores de distress, por serem mais “agressivas” ou “mutilantes”, verificou-se níveis elevados de distress independentemente do tipo de cirurgia proposta. Como refere Santos (2008) “mesmo que para os profissionais de saúde, algumas intervenções cirúrgicas sejam consideradas como pouco complexas, a cirurgia é sempre um processo marcante para o doente e família”. Este facto leva-nos a considerar de extrema importância a avaliação de todos os doentes, para que se possam realizar intervenções adequadas e efectivas, dando resposta às suas necessidades.

Entre os problemas associados ao distress referidos pelos doentes, as áreas mais preservadas são a familiar e a espiritual. Verificou-se que as questões relacionadas com a aparência e a alimentação não constituem motivo de preocupação inicial, contrariamente ao que seria esperado, uma vez que os tratamentos previstos são muitas vezes geradores de alterações da imagem. Os doentes apontaram com maior frequência os problemas emocionais como os implicados no nível de distress sentido (receios/medos e depressão). Estes resultados alertam-nos para as prioridades que estabelecemos nos cuidados aos doentes, uma vez que estes parecem considerar mais importantes os factores emocionais que os físicos.

Neste contexto, Nichols (2003) refere que as doenças e alterações da imagem corporal podem provocar uma variedade de reacções emocionais. Muitas destas são processos emocionais normais que são geridos ao longo do tempo. No entanto, se é nossa intenção oferecer um atendimento completo, com uma ênfase holística, então não nos podemos distanciar dos nossos doentes e deixa-los a lidar com as reacções emocionais sozinhos. O cuidado emocional deve ser visto como um investimento que ajuda na adaptação e na adesão ao tratamento, e pode até proteger a saúde em geral. Este cuidado emocional ajuda a reduzir o stress e o distress.

## Considerações finais

De uma população de 194 doentes, devido a vários factores (patologia, idade, duração do internamento, etc.) apenas se conseguiu concluir o estudo em 32.

No que diz respeito ao nível de distress, verificou-se que à chegada os doentes referem maioritariamente um nível de distress de “5” (moderado), nível esse que foi diminuindo ao longo do internamento, verificando-se assim uma predominância de um nível de distress “3” na segunda avaliação e de distress “2” no momento de alta. Constatou-se também que as cirurgias em que os doentes referem um nível de distress mais elevado à entrada são as “Laringectomias”, as “Lesões da face” e as “Lesões do lábio”.

Em relação aos problemas que os doentes referiram como mais preocupantes, há a referir as questões financeiras; trabalho e profissão; sentimentos de depressão; receios e medos; sentimentos de cansaço e dor. Verificou-se também que, contrariamente às expectativas, os doentes relativizam a aparência e as questões relacionadas com a alimentação.

Apesar de os cuidados de saúde estarem cada vez mais eficientes, simultaneamente encontram-se mais distantes de muitas necessidades humanas. O termómetro de distress procura colmatar esta lacuna, pois tenta de uma forma eficaz e pouco dispendiosa identificar os problemas, necessidades e dificuldades dos doentes; e permite aos profissionais desenvolver estratégias que os possam ajudar a superar ou mesmo a aceitar os mesmos.

A título de sugestão, consideramos interessante que sejam levantadas as seguintes questões para futuras investigações:

- *Deverá o distress ser considerado o 6.º sinal vital?*
- *Qual é o impacto da intervenção de Enfermagem autónoma e estruturada na gestão dos níveis de distress dos doentes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço?*
- *Quais serão as intervenções que mais contribuem para a diminuição dos distress sentido pelos doentes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço?*

## BIBLIOGRAFIA

- HAYNAL, A. (1997) – A European View: A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis by Lewis Aron (Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1996). *Psychoanal Dial*, 7:881-884.
- JEKEL JF, ELMORE JG, KATZ DL (1999) – Introdução à medicina preventiva. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, p. 203-9.
- LONG, B. (1999) – “Enfermagem Pré-Operatória”, In: PHIPPS, W. et al. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*, 4ª ed., Lisboa, Lusodidacta, p. 430-458.
- MADEN, J. (2006) – The problem of Distress in Patients with Cancer: More Effective Assessment. *Clin J Oncol Nurs*, 10(5):615-9.
- MELEIS, AI, et al. (2000) – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1):12-28.
- National Comprehensive Cancer Network (1999): NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13:113-147.
- POTASH M, Breitbart W. (2002) – Affective disorders in advanced cancer. *Hematology Oncology Clinic North American*, 16(3):671-700.
- ZABORA J, et al. (2001) – A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*, 42(3):241-6.
- SANTOS, J. (2008). Satisfação Profissional e Saúde. In: *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Editora Metodista, p. 21-32.