

Nível de ansiedade versus autocuidado no pré-operatório e pós-operatório do paciente laringectomizado total¹

Clara Inés Flórez Almonacid²

Alfredo Jurado Ramos³

María-Aurora Rodríguez-Borrego⁴

Objetivo: estimar a prevalência de ansiedade do paciente laringectomizado no pré-operatório e pós-operatório e sua relação com o nível de autocuidado. Método: pesquisa observacional de 40 pacientes com câncer da laringe estágio IV. Foram realizadas 3 observações: no pré-operatório, a 7 e 14 dias pós-operatório, no período de junho de 2010 a dezembro de 2012. Dois níveis de autocuidado foram definidos: autossuficientes e precisar ajuda para as atividades da vida diária e relacionadas ao tratamento. Para avaliar a ansiedade, foi utilizada a escala de ansiedade hospitalar de Zigmond (1983). Resultados: no pré-operatório e pós-operatório, os pacientes apresentaram níveis elevados de ansiedade. Com relação ao autocuidado, os pacientes autossuficientes apresentaram na média níveis inferiores de ansiedades que os pacientes que precisavam de ajuda para realizar as atividades da vida diária y as derivadas da cirurgia, sem chegar a ser significativas estas diferenças. Conclusão: a ansiedade está presente a todo momento no paciente laringectomizado e a diminuição do déficit de autocuidados parece diminuí-la sem acabar definitivamente com ela.

Descritores: Neoplasias; Mucosa Laríngea; Laringectomia; Ansiedade; Transtornos de Adaptação; Atividades Cotidianas.





¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Nível de ansiedad versus nivel de autocuidados en el paciente laringectomizado", apresentada à Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

² PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

³ PhD, Professor Titular, Departamento de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

⁴ PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

Como citar este artigo

Flórez-Almonacid CI, Jurado-Ramos A, Rodríguez-Borrego MA. Level of anxiety versus self-care in the preoperative and postoperative periods of total laryngectomy patients Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2707. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0743.2707>

Introdução

O câncer da laringe é emocionalmente traumático, devido à alteração da imagem corporal e à deterioração funcional como resultado tanto do câncer como do seu tratamento cirúrgico, já que os pacientes temem um mau prognóstico, a dor, a diminuição da dignidade, a desfiguração física e a deterioração da comunicação. A perda desta função pode provocar sentimentos de vulnerabilidade, tristeza e medo⁽¹⁾.

Por sua vez, a ansiedade é uma resposta emocional ou padrão de respostas, que engloba aspectos cognitivos: desagradáveis, de tensão e apreensão; aspectos fisiológicos caracterizados por um alto grau de ativação do Sistema Nervoso Autônomo (SNA); e aspectos motores, que costumam implicar comportamentos pouco ajustados e fracamente adaptativos⁽²⁾. A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) estabeleceu um diagnóstico denominado Ansiedade, definido como: "A sensação vaga e intranquilizadora de desconforto ou ameaça acompanhada por uma resposta automática; sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo. É um sinal de alerta que adverte sobre um perigo iminente e permite que o indivíduo tome medidas para enfrentar a ameaça"⁽³⁾.

A morbidade psicológica é frequentemente sub-diagnosticada. Enquanto a maioria dos pacientes são capazes de fazer frente a sua angústia e adaptar-se às mudanças geradas, alguns vivenciam mais angústia, ansiedade e depressão⁽⁴⁾. A prevalência da ansiedade nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço varia amplamente. Estimativas de prevalência têm variado entre 5% e 87%⁽⁴⁻⁶⁾.

Apesar de consideráveis avanços nas técnicas cirúrgicas desenhadas para minimizar a disfunção e a mudança da imagem no pós-operatório, os resultados são traumáticos para o paciente⁽⁷⁻⁸⁾.

Alguns autores^(1,9) têm demonstrado que a recuperação em casos de cirurgia por câncer de cabeça e pescoço pode incluir debilitantes sequelas físicas, emocionais, sociais e de conduta no longo prazo, e que a ansiedade pode continuar a aumentar de forma linear após o término de tratamento.

Outro aspecto a destacar no paciente laringectomizado total é que necessita cuidados específicos derivados da cirurgia, que o paciente deve aprender com vistas a seu cuidado diário. O paciente com laringectomia vivencia diversas modificações, causando necessidades de autocuidado e déficit de autocuidado, que devem ser resolvidos ou compensados para prevenir complicações, conviver com sua doença e desenvolver-se de forma adequada, incorporando a sua vida o autocuidado como ferramenta fundamental

para contribuir à manutenção da saúde e melhorar a qualidade de vida⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Analisando a informação descrita, parece haver falta de investigações sobre as consequências psicológicas e o autocuidado dos pacientes com câncer da laringe durante o pré-operatório e pós-operatório imediato. Mesmo que vários estudos tenham examinado os aspectos psicossociais, tais como a reação diante do câncer, ameaça de morte, problemas de imagem corporal, medo do tratamento (cirurgia, radiação e quimioterapia), a reação da família diante do potencial mudança de imagem, os problemas sociais e profissionais, e as respostas psicológicas como a ansiedade e a depressão dos pacientes com câncer da laringe durante a quimioterapia/radioterapia ou durante o período de reabilitação, a investigação durante o tratamento cirúrgico imediato é escassa. Por esse motivo, foi realizado o presente estudo, respondendo à pergunta se o paciente com maiores níveis de ansiedade tem maior déficit de autocuidado; e no intuito de estimar a prevalência de ansiedade no pré-operatório e pós-operatório imediato no paciente laringectomizado e sua relação com o nível de autocuidado.

O marco de referência no cuidado destes pacientes foi a teoria geral de Orem, que abrange a Teoria do Autocuidado (TAC), Teoria do Déficit do Autocuidado (TDAC) e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE)⁽¹²⁻¹³⁾.

A teoria do Autocuidado de Orem foi desenvolvida de forma ordenada e sistemática. Proporciona uma avaliação global do paciente e, além disso, permite a abordagem em qualquer etapa do câncer. Define o campo de atuação da enfermeira, do paciente e dos seus cuidadores para satisfazer suas Demandas de Autocuidado⁽¹²⁾.

O Autocuidado (AC) é o conjunto de ações que a pessoa realiza para controlar fatores internos e externos, que podem comprometer sua vida e seu desenvolvimento posterior. Orem partiu da premissa de que todo indivíduo é capaz de satisfazer seu autocuidado⁽¹²⁾. O Déficit de Autocuidado (DAC) explica a relação entre as capacidades e o poder do indivíduo para alcançar os objetivos do AC. O déficit de autocuidado (DAC) não se refere a uma limitação específica, mas estabelece a relação entre o que o indivíduo é capaz e a necessidade que tem. Quando se estabelece o DAC, são realizadas intervenções profissionais de enfermagem durante algum tempo para compensá-lo, denominado por Orem Demanda Terapêutica de Autocuidado (DTAC)⁽¹²⁻¹³⁾.

Quando há um déficit de autocuidado (DAC), a enfermeira consegue compensá-lo por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE),

que pode ser: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educativo⁽¹²⁾.

Método

Estudo observacional de pacientes com julgamento médico cirúrgico de laringectomia total, com o diagnóstico final de carcinoma epidermóide de células escamosas (estágio T4), durante sua hospitalização na Unidade de Gestão Clínica de Otorrinolaringologia de um Hospital terciário do Sul da Espanha, entre junho de 2010 e dezembro de 2012. O tamanho da mostra foi calculado para estimar uma proporção em populações finitas (tomando como referência o número de pacientes com laringectomia total nos anos 2008-2009, internados no hospital onde o estudo foi realizado, em média 45 pessoas). Com prevalência de 3.4% de câncer da laringe na Espanha, precisão de 2% e nível de confiança de 95%, o tamanho da amostra foi de 40 casos. A amostragem foi realizada de forma consecutiva à entrada dos pacientes para intervenção no hospital onde o estudo foi realizado.

As variáveis estudadas foram: ansiedade no pré-operatório [t_0], aos 7 [t_1] e 14 [t_2] dias pós-cirúrgicos, dados demográficos [gênero, idade, estadia hospitalar], tabagismo [fumante, ex-fumante (ter deixado de fumar um ano antes do início do estado) e não fumante], consumo de álcool [bebedor, ex-bebedor (ter deixado de beber um ano antes do começo do estudo) e não bebedor], nível de autocuidado [autossuficiente, necessita ajuda para as atividades de cuidado: déficit de autocuidado (sim-não)] e redes de apoio [sim-não].

Para medir a ansiedade, se utilizou a Escala de Ansiedade e Depressão de Zigmond (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)⁽¹⁴⁾, desenvolvida para detectar transtornos ansiosos (sub-escala de ansiedade HADS-A) e depressivos em serviços hospitalares não psiquiátricos, evitando a sobreposição com sintomas de doença física. Esta escala consiste em 14 itens, dos quais 7 medem a ansiedade. O formato da resposta é em escala Likert de 4 pontos. Uma de suas vantagens é seu tempo de resposta curto. Na pontuação da sub-escala de ansiedade, pontuações entre 0 e 7 não são consideradas como casos, pontuações entre 8 e 10 são casos duvidosos e entre 11 e 21 são considerados casos. A sub-escala de ansiedade (HADS-A) contém sete itens pontuados de 0 (nunca, normal) a 3 (contínuo, muito intenso), considerando "caso definido" com pontuação de 11 ou mais. Porém, vários estudos situam o ponto de corte em diferentes pontos e indicam que um menor ponto de corte proporciona excelentes propriedades para a detecção dos problemas psicológicos⁽¹⁵⁾. No presente estudo, se considerou que, usando 8 como ponto de

corte, notas superiores indicavam ansiedade⁽¹⁵⁾. A sub-escala de ansiedade (HADS-A) foi validada na população espanhola, contando com uma sensibilidade de 78% e especificidade de 74%⁽¹⁶⁾.

Para avaliar as redes de apoio, foram considerados: se o paciente tinha uma pessoa para todo o necessário, se ocasionalmente, somente para coisas concretas ou não tinha rede sociais.

Para medir o autocuidado, foi utilizada a teoria de Orem. Foram definidos dois níveis de autocuidado: autossuficientes e necessitar de ajuda para a realização de atividades (déficit de autocuidados), definidas operacionalmente como o desempenho das atividades da vida diária (AVD), avaliadas com o uso do índice de Barthel⁽¹⁷⁾, que é um questionário administrado que mede a capacidade de independência no autocuidado do paciente, com índice de confiabilidade alto (coeficiente alfa de Cronbach de 0.86-0.92). Sua reprodutibilidade é excelente, com coeficientes de correlação kappa ponderado de 0.98 intra-observador e maiores de 0.88 inter-observador e consistência interna (alfa de Cronbach de 0.86-0.92)⁽¹⁸⁾. O índice de Barthel avalia 10 atividades da vida diária: o desempenho ao comer, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, na micção, no controle do intestino, da bexiga, nas transferências da cadeira, de ambulância e ao subir a escada. A pontuação total varia entre 0 e 100. A dependência é leve com 91-99 pontos, moderada com 61 a 90, grave com 21 a 60 e total para índices inferiores a 20⁽¹⁷⁾. Neste estudo, os pacientes foram classificados de acordo com a pontuação em: autossuficientes se o índice Barthel era de 90-100; precisam de ajuda se o índice Barthel era de 21-90 e dependência se o índice Barthel era menor de 21.

As atividades de autocuidado especificamente relacionadas ao procedimento cirúrgico foram agrupadas como independentes ou com necessidade de ajuda para realiza-las; foram avaliadas por meio da classificação de resultados de enfermagem, com o resultado: aceitação do estado de saúde, e com o indicador: realiza cuidados derivados da cirurgia: mobilização de secreções traqueobronquiais (tosse efetiva), cuidados do estoma (cura, câmbio de cânula de traqueotomia), dormir semi-sentado, comunicar-se por escrito e alimentação por sonda nasogástrica. Foram classificadas como independentes e sem necessidade de ajuda para realizar as atividades⁽¹⁹⁾.

No dia da entrada do paciente para a intervenção cirúrgica, definido neste estudo como pré-cirúrgico (t_0), foi realizada uma entrevista com o paciente para lhe proporcionar uma explicação detalhada do propósito do estudo e solicitar o Consentimento Livre e Esclarecido. Quando de acordo, foram coletados os dados sócio-demográficos, de afiliação, antecedentes de

doença. Por sua vez, o paciente completava a escala de ansiedade hospitalar (HAD-A) e o auto-relato do nível de autocuidado para as atividades da vida diária e as derivadas da cirurgia.

Aos 7(t_1) e 14(t_2) dias pós-operatórios, foi realizada nova entrevista enquanto revisava-se a história clínica, avaliava-se o nível de autocuidado (autossuficiência ou ajuda para as atividades da vida diária e atividades derivadas da cirurgia), se reavaliava a presença de redes familiares e o paciente preenchia o auto-relato.

O protocolo de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do centro hospitalar. O estudo foi realizado de acordo com os requisitos da Declaração de Helsinki (revisão de Seoul, outubro de 2008) e a legislação vigente na Espanha para o tratamento, a comunicação e a cessão de dados pessoais de todos os participantes, de acordo com as determinações da Lei Orgânica 15/1999 de 13 de dezembro, sobre a Proteção de Dados de Caráter Pessoal e RD 1720/2007.

Na análise estatística, as características do paciente são descritas na forma de frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas, ou como média, desvio padrão (DP), máximo e mínimo no caso das variáveis quantitativas.

Para as variáveis ansiedade e nível de autocuidado, sendo medidas repetidamente no mesmo paciente (pré-operatório, aos 7 e 14 dias pós-operatório), as técnicas de descrição e de análise estatística usadas foram técnicas para dados repetidos. As variáveis quantitativas foram descritas como diferenças de médias entre os diferentes momentos do estudo (entre $t_0-t_1-t_2$), DP para as diferenças e intervalos de confiança de 95%, e as variáveis qualitativas como frequências e a mudança do estado da categoria entre os distintos momentos do estudo. As relações bivariadas entre as variáveis qualitativas de interesse e a variável ansiedade e nível de autocuidado foram estudadas com o uso de tabelas de contingência em cada momento clínico, o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (nos casos com frequência esperada inferior a 5 fosse superior a 20%). Além disso, para estudar a variação ou relação das variáveis entre o pré-operatório e aos 7 e 14 dias pós-operatórios, foi utilizado o Modelo de Estimação de Equações (GEE).

Resultados

Dos quarenta pacientes com laringectomia total estudados, 38 (95%) foram homens. A média das idades foi de 61.73 (DP 11.08) anos, com idade máxima de 82 e mínima de 42 anos; sendo de 61.8 anos nos homens (DP 11.2) e de 59.0 (DP 8.48) nas mulheres. A

duração média da estadia hospitalar foi de 18.5 (DT 4.8) dias, com mínimo de 14 e máximo de 38; 100% dos pacientes indicaram ter sido informados sobre a cirurgia e suas consequências.

A Tabela 1 mostra as características socioeconômicas, clínicas e antecedentes dos pacientes no pré-operatório.

Tabela 1 - Descrição sociodemográfica e antecedentes no pré-operatório de laringectomia (n=40). Córdoba, CAA, Espanha, 2014

Variáveis	Categoria	N	%
Gênero	Homem	38.0	95
	Mulher	2.0	5
Educação	Primária	28.0	70
	Secundária	7.0	17.5
	Superior	1.0	2.5
	Outra	4.0	10
Estado Civil	Com parceiro*	29.0	72.5
	Separado	8.0	20
	Solteiro	3	7.5
Situação Ocupacional	Empregado	17	42.5
	Desempregado	1	2.5
	Invalidez	3	7.5
	Aposentado	19	47.5
Ansiedade	Não	12	30.0
	Sim	28	70.0
Tabagismo	Não fuma	1	2.5
	Fumante	26	65
	Ex-fumante	13	32.5
Consumo álcool	bebedor	25	62.6
	Não bebe	10	25
	Ex bebedor	5	12.5
Redes de apoio	Sim	38	95
	Não	2	5
Nível autocuidado	Autossuficiente	34	85
	Ajuda AVD*	6	15

*Com parceiro (casados, união estável). *AVD (Atividades da vida diária)

Inicialmente, os pacientes apresentaram na sub-escala de ansiedade hospitalar (HADS-A) uma pontuação média de 9.325 (DP 3.392), com mínimo de 4 e máximo de 18 pontos. Os pacientes foram internados com ansiedade e essa aumentou aos 7 dias pós-operatório, diminuindo quase aos níveis da internação aos 14 dias pós-operatório (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência e porcentagem de pacientes com ansiedade (n=40). Córdoba, CAA, Espanha, 2014

	Ansiedade	P
Pré-operatório (t_0)	28(70%)	
Pós-operatório 7 dias (t_1)	39 (97.5%)	p=0.001
Pós-operatório 14 dias (t_2)	29(72.5%)	p=0.001

Na média, a ansiedade aumentou 2.175 pontos entre o pré-operatório e os 7 dias pós-operatório. Entre

o sétimo e o décimo-quarto dia, a ansiedade diminuiu na média 1.925 pontos. Globalmente, no intervalo $[t_0, t_2]$, a ansiedade aumentou 0.25. Os níveis de ansiedade foram maiores entre o pré-operatório e os 7 dias que entre o 7º e o 14ª dia pós-operatório (Tabela 3).

Tabela 3 – Diferença na ansiedade entre o pré-operatório e aos 7 e 14 dias pós-operatório por laringectomia (n=40). Córdoba, CAA, Espanha, 2014

	Média	DP	Intervalo de confiança 95%	
			Inferior	Superior
Diferenças entre t_0 e t_1 (t_0-t_1)	-2.17	2.65	-3.02	-1.32
Diferenças entre t_1 e t_2 (t_1-t_2)	1.92	2.16	1.23	2.61
Diferenças entre t_0 e t_2 (t_0-t_2)	-0.25	3.44	-1.35	1.35

Ansiedade: significância estatística entre (t_0-t_1) $p=0.001$ e entre (t_1-t_2) $p=0.002$

Tabela 4 - Frequência e porcentagem do nível funcional dos pacientes, no pré-operatório e pós-operatório por laringectomia. (n=40), Córdoba, CAA. Espanha 2014

	Pré-operatório	Pós-operatório		P
		7 Dias	14 Dias	
Autossuficiente	34(85%)	1 (2.5%)	12(30%)	<0.0001*
Precisa de ajuda	6(15%)	39(97.5%)	28(70%)	<0.0001†

Significância estatística entre $[t_0-t_1]$

* $p < 0.0001$ entre $[t_1-t_2]$

† $p < 0.0001$

No pré-operatório, 71.4% (n=25) dos pacientes eram autossuficientes para as atividades da vida diária e apresentavam ansiedade. Por sua vez, aos 7 dias pós-operatório, 97.2 % (n=35) precisava de ajuda para o autocuidado como a higiene, mobilização de secreções traqueobronquiais (aspiração vias aéreas), troca da cânula de traqueotomia, comunicação escrita e alimentação por sonda nasogástrica e ainda apresentava

Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a variável ansiedade e o gênero, a idade, a situação ocupacional, o tabagismo, consumo de álcool, nível funcional e a presença da rede familiar. Com relação ao nível de autocuidado, no momento da hospitalização, 85% dos pacientes era autossuficiente para as atividades da vida diária. Porém, aos 7 dias pós-operatório, 97.5% precisava de ajuda com a alimentação mobilização de secreções, cuidados da ferida e da cânula de laringectomia, comunicação, mobilização e atividade. Aos 14 dias pós-operatório, 70% ainda precisava de ajuda para a troca da cânula (Tabela 4).

ansiedade; da mesma forma, aos 14 dias, 68.9% (n=21) precisava de ajuda para os cuidados da traqueotomia e ainda sentia ansiedade, mesmo que menos que aos 7 dias. Os pacientes autossuficientes apresentaram na média níveis inferiores de ansiedade que os pacientes que precisavam de ajuda para as atividades da vida diária e as atividades consequentes à cirurgia, sem diferenças estatisticamente significativas (Figura 1).

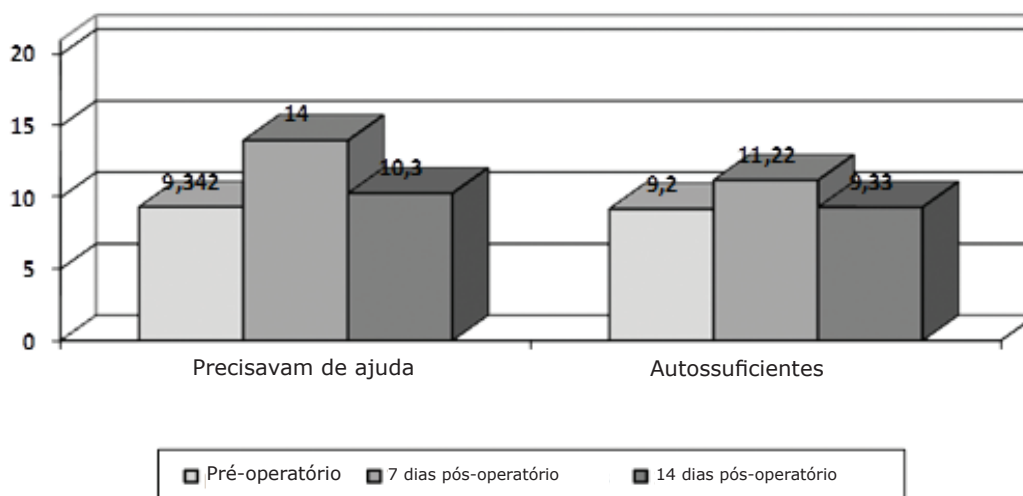


Figura 1 - Autocuidado e ansiedade no pré-operatório e pós-operatório por laringectomia (n=40). Córdoba, CAA, Espanha, 2014

Discussão

Os resultados deste estudo devem ser considerados com cautela, considerando que o tamanho da amostra limita o peso dos dados alcançados. Apesar disso, as poucas investigações sobre os níveis de ansiedades no pós-operatório imediato de laringectomia total apoiam sua publicação.

Alguns estudos⁽⁷⁻⁹⁾ têm demonstrado que a prevalência de ansiedade em pacientes com câncer costuma ser alta. Porém, há amplas diferenças de prevalência, com níveis variando entre 5% e 87%; esta variedade pode ser devido a diferenças metodológicas como o uso de diferentes instrumentos, diferentes pontos de corte, o estágio do câncer, diferentes tipos de diagnósticos de câncer ou à etapa em que a avaliação foi realizada. Mesmo que aparentemente contraditórios, alguns estudos, incluindo meta-análises, têm demonstrado que, em comparação com uma população geral, a prevalência da ansiedade em pacientes com câncer é menor⁽⁵⁻⁶⁾.

Este estudo evidenciou que os pacientes no período pré-operatório têm alto nível de ansiedade que nem diminui nem aumenta marcadamente no pós-operatório. A alta prevalência de ansiedade pré-operatória encontrada foi similar aos níveis encontrados em estudos recentes^(8,20). Porém, em outros estudos, a prevalência é baixa, ficando inferior a 50%⁽²¹⁻²²⁾.

No que diz respeito à presença de ansiedade no pós-operatório, faltam estudos. Esses geralmente têm sido desenvolvidos em pacientes com radioterapia. Na maioria, foram utilizadas medidas de duração determinada que não consideram a variação do tempo e seus efeitos.

Nesta pesquisa, não foi encontrada relação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis estudadas, apesar de ser clinicamente relevante que os pacientes ansiosos no pré-operatório, provavelmente condicionada pelo diagnóstico, aos 7 dias pós-operatório apresentaram níveis ainda mais altos de ansiedade e foi detectada diminuição das atividades relacionadas com o autocuidado. Em troca, aos 14 dias pós-operatório, os níveis de ansiedade diminuíram e as atividades relacionadas com o autocuidado aumentaram. Isso parece estar de acordo com autores⁽¹⁰⁻¹¹⁾ que indicam que a ansiedade diminui nos pacientes cirúrgicos de câncer de cabeça e pescoço, em um momento específico no tempo (5º dia pós-operatório). Por sua vez, o aumento no autocuidado antecede à redução da ansiedade. Houve correção significativa entre o autocuidado e a ansiedade no quarto e quinto dias pós-operatório, com relação entre a ansiedade e os autocuidados; a um

maior nível de autocuidado corresponde um menor nível de ansiedade.

Na primeira semana pós-operatória, a maioria dos pacientes que precisam de ajuda para as AVD, não têm voz, têm problemas para a comunicação, presença de cânula de laringectomia e secreções abundantes, edema no pescoço, drenos, líquidos parenterais e aparecimento de muco obstruindo a cânula, com a sensação de falta de ar. Porém, aos 14 dias, os níveis de ansiedade e de ajuda para as AVD diminuíram, os pacientes tinham retomado o autocuidado da vida diária e tinham desenvolvido as capacidades para a maioria do autocuidado derivado da cirurgia, exceto os cuidados da cânula de laringectomia, para os quais seis de cada dez pacientes precisavam de ajuda.

Este estudo destaca que é o diagnóstico de câncer da laringe que produz a ansiedade, mesmo que pareça que os autocuidados contribuem para diminuir seus níveis. A alta prevalência de ansiedade encontrada no pré-operatório e pós-operatório do paciente laringectomizado sugere que, na atenção a este tipo de paciente, é necessária uma abordagem multiprofissional para atender adequadamente às complexas necessidades psicológicas destes pacientes e suas famílias.

Conclusão

Os resultados alcançados neste estudo sobre prevalência de ansiedade no pré-operatório e pós-operatório imediato nos pacientes laringectomizados e sua relação com o nível de autocuidado indicam que a ansiedade está presente a todo momento nos pacientes com laringectomia total.

Agradecimentos

Aos pacientes, famílias, médicos e pessoal de enfermagem da unidade clínica de otorrinolaringologia.

Referências

1. Moore KA, Ford PJ, Farah CS. "I have quality of life... but...": Exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Apr;18(2):192-200.
2. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm*. 2013;22(1-2):60-4.
3. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 235-6.
4. Haisfield-Wolfe ME, McGuire DB, Soeken K, Geiger-Brown J, De Forge BR. Prevalence and correlates of

- depression among patients with head and neck cancer: a systematic review of implications for research. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(3):E107-25.
5. Deng YT, Zhong WN, Jiang Y. Measurement of distress and its alteration during treatment in patients with nasopharyngeal carcinoma. *Head Neck*. 2014;36(8):1077-86.
 6. Lue BH, Huang TS, Chen HJ. Physical distress, emotional status, and quality of life in patients with nasopharyngeal cancer complicated by post-radiotherapy endocrinopathy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;70(1):28-34.
 7. Johansson M, Rydén A, Finizia C. Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer - A longitudinal study. *BMC Cancer*. 2011;30(11):283-92.
 8. Singer S, Krauss O, Keszte J, Siegl G, Papsdorf K, Severi E, et al. Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2012;34(2):180-7.
 9. Yang HC1, Wang LF, Chang JT, Fang F. [The health-related quality of life and bio-psycho-social adaptation effects in patients with head and neck cancer: a longitudinal study]. *Hu Li Za Zhi*. 2013;60(5):41-52.
 10. Erickson JM, Kim SL, Jenna KJ, Davis MA. Self-Care Strategies to Relieve Fatigue in Patients Receiving Radiation Therapy. *Clin J Oncol Nurs*. 2013;17(3):19-24.
 11. Dropkin MJ. Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer Nurs*. 2001;24(2):143-8.
 12. López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest. Educ. Enferm*. 2006;(24)2:90-100.
 13. Santos R, Varez P, Abril S, Rocabert L, Ruiz M, Mañé B. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clin*. 2006;16(4):218-21.
 14. Zigmond A, Snaith P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70
 15. Singer S, Danker H, Dietz A, Hornemann B, Koscielny S, Oeken J, et al. Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psychooncology*. 2008;17(3):280-6.
 16. Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(3):216-21.
 17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the BARTHEL index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
 18. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:127-37.
 19. Hospital Universitario Reina Sofía (ES). Dirección de Enfermería. Catálogo de planes de Cuidados de Enfermería: Manual [Internet]. Córdoba; 2015. [Acesso 1 out 2015]. Disponível em: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=catalogo_planes_cuidados.
 20. Tang Y, Luo D, Rong X, Shi X, Peng Y. Psychological Disorders, Cognitive Dysfunction and Quality of Life in Nasopharyngeal Carcinoma Patients with Radiation-Induced Brain Injury. *PLoS One*. 2012;7(6):e36529.
 21. Artal SR, Collado JI, Sebastián JM, Bondia A, Valles H. Valoración del grado de afectación sobre la salud psíquica en el paciente prelaríngectomizado. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2011;62(3):220-7.
 22. Neilson KA, Pollard AC, Boonzaier AM, Corry J, Castle DJ, Mead KR, et al. Psychological distress (depression and anxiety) in people with head and neck cancers. *Med J Aust*. 2010 Sep 6;193(5 Suppl):S48-51.

Recebido: 3.4.2015

Aceito: 26.11.2015

Correspondência:
Clara Inés Flórez Almonacid
Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina y Enfermería.
Departamento de Enfermería
Edificio Sur
14004, Córdoba, Andalucía, España
E-mail: en1flalc@uco.es

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.