

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ELIZABETH MESQUITA MELO

AVALIAÇÃO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS DE  
ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE MULHERES  
SUBMETIDAS À MASTECTOMIA

Fortaleza-Ce  
2007

ELIZABETH MESQUITA MELO

AVALIAÇÃO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS DE ENFERMAGEM  
NO PÓS-OPERATÓRIO DE MULHERES SUBMETIDAS À  
MASTECTOMIA

Tese apresentada como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem, à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, inserida na Linha de Pesquisa Assistência Participativa de Enfermagem em Situação de Saúde-Doença.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes

Fortaleza-Ceará

2007

M485a Melo, Elizabeth Mesquita

Avaliação de orientações sistematizadas de enfermagem no pós-operatório de mulheres submetidas à mastectomia/

Elizabeth Mesquita Melo. Fortaleza, 2007.

111 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará.

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

1. Mastectomia. 2. Orientação. 3. Enfermagem. 4. Cuidados Pós-operatórios. I. Fernandes, Ana Fátima Carvalho (orient.).

II. Título.

CDD 616.99449

## ELIZABETH MESQUITA MELO

### AVALIAÇÃO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA

Tese apresentada como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem, à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, inserida na Linha de Pesquisa Assistência Participativa de Enfermagem em Situação de Saúde-Doença.

**Data da aprovação: 20 / 03 / 2007**

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raimunda Magalhães da Silva (1º membro)  
Universidade de Fortaleza

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marli Vilella Mamede (2º Membro)  
Escola de enfermagem de Ribeirão Preto

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Teresinha Gimenez Galvão (3º membro)  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dafne Paiva Rodrigues (4º membro)  
Universidade Estadual do Ceará

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andréa Gomes Linard (1º Membro suplente)  
Universidade de Fortaleza

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Almerinda Holanda Gurgel (2º Membro suplente)

## DEDICATÓRIA

---

A todos os enfermeiros que buscam cada vez mais o crescimento da enfermagem, seja por meio do desenvolvimento de pesquisas, ou por um esmero e dedicação no desenvolvimento das atividades assistenciais.

Aos enfermeiros que trabalham na área de Oncologia, em especial com mulheres mastectomizadas, na esperança de que os resultados do estudo contribuam de forma positiva para o aprimoramento de sua prática profissional.

A todas as mulheres mastectomizadas que representaram fonte de inspiração para o desenvolvimento deste e de outros estudos.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

---

\* Ao meu marido, Berni, pelo apoio durante todo o curso de doutorado e desenvolvimento do estudo, assim como pela forte presença em minha vida.

\* A minha mãe, pelo seu esforço e valorização de minha qualificação profissional.

\* A toda minha família, que, mesmo indiretamente, contribuiu em mais essa vitória.

\* A professora Raimunda Magalhães da Silva, eterna “madrinha”, presença constante em toda trajetória na enfermagem, principal responsável pela inserção no caminho da pesquisa e incentivo para ingressar no doutorado.

## AGRADECIMENTOS

---

- \* A minha orientadora, Ana Fátima Carvalho Fernandes, pela contribuição na construção do estudo, com sua valiosa orientação e disponibilidade constante.
- \* À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo apoio financeiro no desenvolvimento do estudo.
- \* Ao Projeto Saúde da Mulher no Cotidiano, fonte de apoio e aprendizagem.
- \* A Prof<sup>a</sup>. Marli Vilella Mamede, por suas sugestões, contribuindo, de forma significativa no enriquecimento do estudo.
- \* As Prof<sup>as</sup>. Dafne Paiva Rodrigues e Andréa Gomes Linard, antes de tudo grandes amigas, pela participação nesse momento tão especial e que, com certeza, somarão esforços para a qualidade do estudo.
- \* A Prof<sup>a</sup> Almerinda Holanda Gurgel e Marli Terezinha Gimenez Galvão, pela cordialidade e disposição, frente ao convite para participar da Banca Examinadora.
- \* A Prof<sup>a</sup> Rosa, pela contribuição significativa na organização e análise dos resultados.
- \* A grande amiga Elisângela, fiel companheira durante toda a trajetória do curso de doutorado e amiga de todas as horas, dividindo dificuldades, angústias, alegrias e conquistas.
- \* A todas as colegas do curso, pela convivência inesquecível, trocando conhecimentos e construindo alicerces para a vida profissional e pessoal.
- \* A Dr<sup>a</sup>. Josmara, médica residente da instituição que funcionou como campo de coleta, pelos conhecimentos oferecidos e pela disposição em ajudar durante a coleta dos dados.
- \* Ao Dr. Ércio, chefe do setor de mastologia da referida instituição, pois despertou questionamentos essenciais ao enriquecimento do estudo.
- \* A Direção da instituição, bem como à equipe de enfermagem, em especial à enfermeira Jaqueline, pelo apoio na concretização do estudo.
- \* A bibliotecária Norma Linhares, da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFC, exemplo de profissionalismo, pela disponibilidade e atenção dispensada.
- \* A todos que, direta, ou indiretamente, colaboraram no desenvolvimento desta pesquisa e em mais essa caminhada para a qualidade profissional.

***“Certamente o ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para o aprofundamento posterior”.***

**Minayo**



## RESUMO

Enfatiza-se a importância do acompanhamento de enfermagem no pós-operatório de mastectomia, visando à identificação de problemas na busca da qualidade de vida da mulher e minimização de alterações físicas e psicológicas, para sua melhor readaptação ao ambiente social. O estudo teve como objetivo geral: avaliar a contribuição da assistência de enfermagem desenvolvida no pós-operatório, para a readaptação física, emocional e social da mulher mastectomizada e específicos: identificar diferenças nas respostas físicas, emocionais e sociais entre as mulheres que foram ou não submetidas à orientação sistematizada de enfermagem; conhecer as complicações pós-operatórias presentes nos dois grupos de mulheres; e detectar as dúvidas entre os grupos em relação aos cuidados necessários para a prevenção de complicações após a mastectomia. Estudo experimental, do tipo ensaio clínico randomizado controlado. Aplicou-se uma intervenção a um grupo de mulheres (grupo intervenção), no pós-operatório imediato de mastectomia, para a observação de seus efeitos, em relação a outro grupo em que não foi realizada (grupo controle). Dados coletados entre novembro de 2005 e março de 2006, em uma instituição especializada em oncologia, Fortaleza-Ceará. A população constou de portadoras de doenças da mama que realizaram cirurgia nesse período, sendo composta por 80 mulheres, 40 em cada grupo, selecionadas aleatoriamente. Dados organizados e analisados quantitativamente, submetidos à análise estatística. Utilizou-se o Programa Microsoft Office Excel 2003, para o banco de dados. Considerou-se o nível de significância dos testes igual a 5%. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da instituição. A faixa etária predominante foi 36 a 68 anos (87,5%); 60% procediam do interior do estado; 57,5% eram casadas. A mastectomia radical modificada com esvaziamento axilar foi o procedimento mais realizado (56%) e o diagnóstico mais comum carcinoma ductal infiltrante (58,8%). Identificou-se diferença estatisticamente significativa quanto à manifestação de desamparo, falta de forças, sensação de cansaço e tensão, com um índice de alteração emocional menor no grupo-intervenção. 57,5% do grupo intervenção, após a cirurgia, retomaram atividades que beneficiavam a recuperação, observado em 7,5% do grupo controle. Foram manifestadas dúvidas sobre as atividades por 57,5% das mulheres do grupo controle e 37,5% do grupo intervenção. Houve mais complicações cirúrgicas no grupo controle (92,5%) em relação ao grupo intervenção (57,5%). Este grupo apresentou menos dificuldades para manusear o dreno de sucção (7,5%), sendo 31,6% no grupo controle. O acompanhamento direcionado ao grupo intervenção contribuiu para a adoção de atitudes positivas relacionadas aos cuidados com o braço do lado operado. A orientação sistematizada de enfermagem no pós-operatório de mastectomia possui valor inestimável, visto que proporciona o esclarecimento de dúvidas a respeito da doença e da cirurgia, e possibilita a adoção de cuidados favoráveis à recuperação mais rápida da mulher e a sua readaptação.

**Palavras-chaves:** Mastectomia. Orientação. Enfermagem. Cuidados Pós-operatórios.

## ABSTRACT

It is emphasized the importance of nursing attendance in the post-operative of mastectomy aiming the identification of problems for women's life quality and minimization of physical and psychological alterations, so that they have a better readaptation to social environment. The study had as its general objective to evaluate the contribution of nursing assistance developed in the post-operative for physical, emotional and social readaptation of mastectomized women. The specific objectives were: to identify differences in physical, social and emotional responses among women who were submitted or not to nursing systematized orientation; to know the post-operative complications present in the two groups of women; and to identify in the groups doubts related to necessary care to prevent complications after the mastectomy. It is an experimental study, a randomized controlled clinical essay. An intervention was applied in a group of women (group intervention) in the immediate post-operative of mastectomy to observe its effects, in relation to the other group in which the intervention was not carried out (group control). The data was collected between November, 2005 and March, 2006 in an institution which is specialized in oncology, Fortaleza-Ceará. The population was composed of holders of breast diseases who were submitted to surgeries during this period, and was composed of 80 women, 40 in each group, selected at random. The data was organized and analyzed quantitatively and submitted to statistical analysis. The Program Microsoft Office Excel 2003 was used for the data bank. The significance level of the tests was considered equal to 5%. The Project was approved by the ethical committee of the institution. The predominant age group was 36 to 68 years old (87,5%); 60% came from the state countryside. 57,5% were married. The modified radical mastectomy with axillary dissection was the most common procedure (56%) and the most common diagnosis was infiltrating ductal carcinoma (58,8%). It was identified significative statistical difference concerning manifestation of abandonment, lack of vigor, feeling of tiredness and tension, with an indicator of emotional alteration lower in the group intervention. 57,5% of the group intervention, after the surgery, restarted activities which helped in the recuperation, what was observed in only 7,5% of the group control. Doubts about the activities were manifested by 57,5% of women from the group control and 37,5% from the group intervention. There were more surgery complications in the group control (92,5%) in relation to the group intervention (57,5%). This group presented less difficulty to use the suction drain (7,5%), being 31,6% in the group control. The attendance directed to the group intervention contributed to the adoption of positive attitudes towards the care with the arm from the operated side. The nursing systematized orientation in the post-operative of mastectomy has inestimable value, considering it provides elucidation of doubts about the disease and the surgery, and makes possible the adoption of care which is favorable to women's faster recuperation and to their readaptation.

**Key-words:** Mastectomy. Orientation. Nursing. Postoperative care.

## RESUMEN

Se enfatiza la importancia del seguimiento de enfermería en el post-operatorio de mastectomía, buscando la identificación de problemas en la procura de mejor calidad de vida para la mujer y minimización de las alteraciones físicas y psicológicas, para su mejor readaptación al ambiente social. El estudio tuvo como objetivo general: evaluar la contribución de la asistencia de enfermería desarrollada en el post-operatorio, para la readaptación física, emocional y social de la mujer mastectomizada y específicos: identificar diferencias en las respuestas físicas, emocionales y sociales entre las mujeres que fueron, o no, sometidas a la orientación sistematizada de enfermería; conocer las complicaciones post-operatorias presentes en los dos grupos de mujeres y detectar las dudas en relación a los cuidados necesarios para la prevención de complicaciones después de la mastectomía. Se trata de un estudio experimental, del tipo ensayo clínico randomizado controlado. Se aplicó una intervención a un grupo de mujeres (grupo-intervención), en el post-operatorio inmediato de mastectomía, para una posterior observación de sus efectos en relación a otro grupo, en que no fue realizada la intervención (grupo-control). Datos colectados entre noviembre de 2005 y marzo de 2006, en una Institución especializada en oncología, Fortaleza-Ceará. La población constó de portadoras de enfermedades de mama que realizaron cirugía en este periodo, estando compuesta por 80 mujeres, 40 en cada grupo, seleccionadas al azar. Datos organizados y analizados cuantitativamente, sometidos a análisis estadístico. Se utilizó el Programa Microsoft Office Excel 2003, para crear el banco de datos. Se consideró el nivel de significancia de los test igual a 5%. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución. La franja de edad predominante fue de 36 a 68 años (87,5%); 60% procedían del interior del Estado; 57,5% eran casadas; La mastectomía radical modificada con vaciamiento axilar fue el procedimiento más realizado (56%) y el diagnóstico más común carcinoma ductal infiltrante (58,8%). Se identificó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la manifestación de desamparo, falta de fuerzas, sensación de cansancio y tensión, con un índice de alteración emocional menor en el grupo-intervención. El 57,5% del grupo-intervención después de la cirugía, retomaron actividades que beneficiaban la recuperación, lo que fue observado en el 7,5% del grupo-control. Manifestaron dudas sobre las actividades el 57,5% de las mujeres del grupo-control y el 37,5% de las del grupo-intervención. Hubo más complicaciones quirúrgicas en el grupo-control (92,5%) en comparación al grupo-intervención (57,5%). Este grupo presentó menos dificultades para manipular el dreno de succión (7,5%), siendo 31,6% en el grupo-control. El seguimiento dirigido al grupo-intervención contribuyó a la adopción de actitudes positivas relacionadas a los cuidados con el brazo del lado operado. La orientación sistematizada de enfermería en el post-operatorio de mastectomía posee un valor inestimable, ya que proporciona el esclarecimiento de dudas sobre la enfermedad y la cirugía, y posibilita la adopción de cuidados favorables para una recuperación más rápida de la mujer y su mejor readaptación.

**Palabras-clave:** Mastectomía. Orientación. Enfermería. Cuidados post-operatorios.

## LISTA DE FIGURAS

---

**FIGURA 1** - Distribuição da freqüência das mulheres segundo a lateralidade do tumor. Fortaleza, 2006 ----- 43

**FIGURA 2** - Distribuição das mulheres segundo a ocorrência de complicações. Fortaleza, 2006 ----- 69

## LISTA DE TABELAS

---

<b>TABELA 1</b> - Distribuição das mulheres segundo a faixa etária. Fortaleza, 2006-----	37
<b>TABELA 2</b> - Distribuição das mulheres segundo a procedência. Fortaleza, 2006 -----	38
<b>TABELA 3</b> - Distribuição das mulheres segundo o estado civil. Fortaleza, 2006-----	39
<b>TABELA 4</b> - Distribuição das mulheres segundo a situação de estar ou não com um companheiro. Fortaleza, 2006 -----	39
<b>TABELA 5</b> - Distribuição das mulheres segundo a escolaridade Fortaleza, 2006-----	40
<b>TABELA 6</b> - Distribuição das mulheres segundo a ocupação. Fortaleza, 2006	41
<b>TABELA 7</b> - Distribuição das mulheres por tipo de cirurgia. Fortaleza, 2006 --	42
<b>TABELA 8</b> - Distribuição das mulheres segundo a localização do tumor. Fortaleza, 2006 -----	44
<b>TABELA 9</b> - Distribuição das mulheres segundo o diagnóstico. Fortaleza, 2006 -----	45
<b>TABELA 10</b> - Distribuição das mulheres segundo o nível de intranqüilidade relacionado à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	46
<b>TABELA 11</b> - Distribuição das mulheres segundo a sensação de desamparo relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	47
<b>TABELA 12</b> - Distribuição das mulheres segundo a falta de forças relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	48
<b>TABELA 13</b> - Distribuição das mulheres segundo a demonstração de energia relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	49
<b>TABELA 14</b> - Distribuição das mulheres segundo a demonstração de chateação relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	50
<b>TABELA 15</b> - Distribuição das mulheres segundo a demonstração de agitação relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	51

<b>TABELA 16</b> - Distribuição das mulheres segundo a demonstração de infelicidade relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	52
<b>TABELA 17</b> - Distribuição das mulheres segundo a sensação de cansaço relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	53
<b>TABELA 18</b> - Distribuição das mulheres segundo a presença de animação relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	54
<b>TABELA 19</b> - Distribuição das mulheres segundo a sensação de incômodo após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	55
<b>TABELA 20</b> - Distribuição das mulheres segundo a sensação de tensão após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	56
<b>TABELA 21</b> - Distribuição das mulheres segundo a demonstração de tristeza após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	57
<b>TABELA 22</b> - Distribuição das mulheres segundo a presença de fadiga após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	58
<b>TABELA 23</b> - Distribuição das mulheres segundo o fato de se sentir ou não ativa, após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	59
<b>TABELA 24</b> - Distribuição das mulheres em relação ao humor após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	60
<b>Tabela 25</b> - Distribuição das mulheres segundo o relacionamento com a família, após a cirurgia. Fortaleza, 2006 -----	64
<b>TABELA 26</b> - Distribuição das mulheres segundo o relacionamento com os amigos, após a cirurgia. Fortaleza, 2006 -----	65
<b>TABELA 27</b> - Distribuição das mulheres segundo as mudanças ocorridas nos hábitos alimentares após a cirurgia. Fortaleza, 2006 -----	66
<b>TABELA 28</b> - Distribuição das mulheres segundo a retomada de atividades físicas após a cirurgia. Fortaleza, 2006 -----	67
<b>TABELA 29</b> - Distribuição das mulheres segundo o tempo dedicado ao sono e repouso, após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	68
<b>TABELA 30</b> - Distribuição das mulheres segundo a presença de dificuldades com o manuseio do dreno de portovac após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -	70

## LISTA DE QUADROS

---

<b>QUADRO 1</b> - Valores descritivos da idade das pacientes, por grupo. Fortaleza, 2006-----	38
<b>QUADRO 2</b> - Valores Descritivos da escala de POMS -----	61
<b>QUADRO 3</b> - Teste de Mann-Whitney. Comparação dos grupos em relação aos escores médios das escalas do POMS -----	62
<b>QUADRO 4</b> - Distribuição das mulheres segundo as complicações cirúrgicas. Fortaleza, 2006 -----	70
<b>QUADRO 5</b> - Valores descritivos das complicações pós-cirúrgicas Fortaleza, 2006 -----	71
<b>QUADRO 6</b> - Teste de Mann-Whitney, Comparação dos grupos -----	71
<b>QUADRO 7</b> - Desenvolvimento de atitudes negativas no cuidado com o braço, após a mastectomia. Fortaleza, 2006 -----	72
<b>QUADRO 8</b> - Dúvidas quanto ao cuidado com o braço -----	74
<b>QUADRO 9</b> - Valores Descritivos por grupo -----	75
<b>QUADRO 10</b> - Teste de Mann-Whitney. Comparação dos grupos -----	75

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

**BLNS** - Biópsia de Linfonodo Sentinela

**EA** - Esvaziamento axilar

**GC** - Grupo controle

**GI** - Grupo intervenção

**IC** - Intervalo de confiança

**INCA** - Instituto Nacional do Câncer

**MRM** - Mastectomia radical modificada

**MS** - Mastectomia simples

**POMS** - Profile of Mood States (Perfil de Estados de Humor)

**QII** - Quadrante inferior interno

**QS** - Quadrante superior

**QSE** - Quadrante superior externo

**QSI** - Quadrante superior interno

**QSI** - Quadrante superior interno

**QUADRANT** - Quadrantectomia

**ROOL** - Radioguided Occult Lesion Localization (Localização radioguiada das lesão oculta)

**RR** - Risco relativo

**RTA** - Retro-aureolar



## SUMÁRIO

---

1 INTRODUÇÃO -----	16
2 OBJETIVOS -----	26
2.1 Geral -----	26
2.2 Específicos -----	26
3 METODOLOGIA -----	27
3.1 Tipo de estudo -----	27
3.2 Local do estudo -----	27
3.3 População -----	28
3.4 Coleta dos dados -----	30
3.5 Organização e análise dos dados -----	35
3.6 Aspectos éticos do estudo -----	35
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS-----	37
4.1 Dados sócio-demográficos -----	37
4.2 Aspectos emocionais -----	46
4.3 Aspectos sociais -----	64
4.4 Aspectos fisiológicos -----	66
5 DISCUSSÃO -----	76
6 CONCLUSÕES -----	91
7 REFERÊNCIAS -----	94
APÊNDICES-----	100
ANEXOS -----	110

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de estudos desenvolvidos anteriormente, foram identificadas diversas dificuldades da mulher mastectomizada no que se refere aos cuidados no pós-operatório, bem como o déficit de conhecimento a respeito das possíveis mudanças físicas após a retirada total ou parcial da mama, como também das conseqüências advindas dos tratamentos, como a radioterapia e a quimioterapia, os quais costumam ser agressivos (MELO, 1999, 2001; MELO; SILVA; RODRIGUES, 2000).

Essas dificuldades podem ocasionar mudanças comportamentais, que afetam a convivência da mulher em seu ambiente social e familiar, o que, seguramente, implicará uma readaptação negativa, sendo fundamental o apoio da família, dos amigos e dos profissionais de saúde (RODRIGUES et al., 1998).

Em um estudo, Melo, Rodrigues e Silva (2000) evidenciaram situações desde a descoberta da doença até a mastectomia e tratamentos adjuvantes, com destaque para a deficiência de orientações da mulher relativas à doença e aos tratamentos estabelecidos, demonstrando, ainda, o seu desconhecimento em relação aos fatores de risco, tratamento da patologia e complicações pós-operatórias.

Em outro momento, foi enfocada a reação da mulher mastectomizada ao tratamento quimioterápico, destacando-se, mais uma vez, a deficiência de informações referentes à doença e aos tratamentos (Melo, Silva e Lopes, 2000), bem como a importância do acompanhamento da família durante a quimioterapia (SILVA; MELO; RODRIGUES, 1999; MELO et al., 2002).

Melo (2001) explorou a reação da família da mulher ante a confirmação da doença e da cirurgia, objetivando conhecer os estímulos presentes quando da descoberta da enfermidade e durante a trajetória do tratamento, estando presente escassez de informações, também da família, no que se refere ao câncer de mama e aos tratamentos mais comuns.

Dessa forma, a prática vivenciada com o tema mastectomia, acompanhando a mulher nas diferentes fases da doença e recuperação cirúrgica, evidenciou a deficiência de maiores esclarecimentos da cliente a respeito da doença e dos tratamentos associados, o que influencia de forma negativa seu processo de readaptação, afetando também a família.

Pesquisas apontam a presença de sentimentos negativos por parte da mulher, após o câncer de mama. O diagnóstico da doença representa uma ameaça, sendo fundamental, além do apoio da família, a relação que a mulher desenvolverá com o profissional de saúde, que deverá ser baseada na confiança, favorecendo a adaptação e formulação de idéias (FERNANDES, 1997; FERNANDES; ARAÚJO, 2005).

Suominen (1999) constatou que a negação e a depressão constituem as defesas psicológicas mais comumente utilizadas pelas pessoas quando acometidas por patologias graves, como o câncer de mama. Logo, torna-se fundamental a informação adequada sobre a doença e suas conseqüências, possibilitando à mulher o melhor enfrentamento da situação e a adaptação mais rápida.

Fernandes, Santos e Silva (2005) abordaram aspectos relativos ao câncer de mama, assim como os cuidados necessários em cada etapa do tratamento, relatando de forma objetiva os aspectos importantes que a mulher deve conhecer quando se descobrir portadora da doença.

Considerando os inúmeros estudos desenvolvidos na área de câncer de mama, percebe-se, ainda, a importância de se explorar mais profundamente os aspectos referentes à orientação da mulher sobre a doença e os tratamentos, bem como seu conhecimento acerca dos cuidados exigidos para uma recuperação mais rápida. O seu acompanhamento, na fase de pós-operatório, possibilita a melhor readaptação e a convivência com esse estado de modo menos traumático.

Há necessidade de uma assistência mais contínua, em especial na área de enfermagem, a essa clientela, iniciando com a confirmação do diagnóstico e passando pela indicação e realização dos tratamentos, haja vista todas as repercussões que uma enfermidade potencialmente letal como o câncer pode trazer.

Para o estabelecimento dessa assistência, é imprescindível o conhecimento aprofundado dos sentimentos vivenciados pela mulher diante da mastectomia, englobando toda a trajetória da doença, incluindo os tratamentos associados, tais como a quimioterapia e a radioterapia, a fim de perceber o seu conhecimento relativo a tais aspectos, bem como identificar a deficiência nas orientações realizadas pela equipe multiprofissional, possibilitando a melhoria na qualidade da assistência prestada a essa clientela.

Partindo do princípio de que o câncer de mama afeta o dia-a-dia das mulheres e de seus familiares, há necessidade de se obter um conhecimento sobre a experiência dessas mulheres, possibilitando o oferecimento de uma atenção voltada para a assistência integral (FERNANDES; MAMEDE, 2003).

Arantes (2002) evidencia a noção de que a mulher, ao se descobrir portadora de câncer de mama, depara-se com a própria limitação e finitude e a vivência de tais sentimentos é significativa, pois é uma experiência nova, em que questionamentos, conflitos e reflexões sobre si mesma, bem como sobre sua interação com os outros, estão presentes.

Logo, enfatiza-se a importância do acompanhamento de enfermagem no pós-operatório de mastectomia, visando à identificação de problemas na busca da qualidade de vida da mulher após a cirurgia e minimização de alterações físicas e psicológicas, para sua melhor readaptação ao ambiente social.

Convém destacar que o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Mais da metade dos casos novos ocorre em países desenvolvidos. A incidência desse mal apresentou um crescimento contínuo na última década, talvez pelas mudanças sócio-demográficas e acessibilidade aos serviços de saúde. Conforme estimou o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número de casos novos esperados para o Brasil em 2006 foi de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2006).

O INCA refere que, embora o câncer de mama possua relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a moléstia ainda é diagnosticada em estádios avançados (BRASIL, 2002).

O nível socioeconômico é um fator importante no prognóstico da doença mamária, em virtude da dificuldade de acesso aos programas de prevenção secundária e aos cuidados médicos que as classes sociais menos favorecidas encontram, mesmo nos países mais desenvolvidos, sendo o diagnóstico estabelecido numa fase avançada da patologia (ABREU; KOIFMAN, 2002).

O diagnóstico de câncer de mama costuma originar sentimentos de ansiedade, tristeza e medo, estando presentes, também, conforme evidenciam Ferreira e Mamede

(2003), sentimentos de dúvidas e questionamentos, em razão do estigma de patologia terminal e que leva a muito sofrimento e morte.

Bergamasco e Ângelo (2001) evidenciam que, apesar de o prognóstico ser otimista para a maioria das mulheres diagnosticadas em estádios iniciais, o diagnóstico de câncer de mama ocasiona um profundo impacto psicossocial nas pacientes e seus familiares.

O câncer de mama afeta o equilíbrio emocional, em virtude de a mama possuir intenso significado, representando um símbolo da beleza feminina. Ao se deparar com a idéia de ver sua mama amputada, a mulher comumente passa por distúrbios que abalam o seu cotidiano, valendo ressaltar que tais desordens podem ser de natureza física ou emocional (MELO, 2001).

A doença traz em si um caráter agressivo e traumatizante, ocasionando alterações na imagem corporal da mulher e podendo afetá-la em todas as dimensões da vida, acarretando mudanças no desempenho de seus papéis e na percepção de sua imagem corporal (FERNANDES; ARAÚJO, 2005; CARLSON; HAMRIN, 1994).

Ao ser confirmado o câncer de mama, um dos tratamentos a que a maioria das mulheres é submetida é a mastectomia, cujos resultados poderão comprometê-las física, emocional e socialmente. A mutilação decorrente da cirurgia favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal, representando inquietação para os profissionais que se propõem a prestar uma assistência integral (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

A cirurgia é um método de grande relevância no tratamento da portadora de câncer de mama, apresentando papel importante no controle locorregional da patologia e na indicação de tratamentos adjuvantes (Barbosa et al., 2004). A mastectomia é uma cirurgia para retirada total ou parcial da mama, associada ou não ao esvaziamento axilar (retirada de nódulos linfáticos da axila). Esses nódulos são estudados para pesquisar a invasão ou não pelo tumor, para posterior orientação sobre o tratamento complementar.

Santos (2006) destaca como o fator prognóstico mais importante no câncer de mama localizado a presença ou ausência de metástase linfonodal. Na maioria dos casos, o câncer de mama é disseminado inicialmente para linfonodos regionais.

A biópsia de linfonodo sentinela (BLNS) é uma técnica nova que permite um estadiamento linfonodal mais acurado, sem a morbidade de uma linfadenectomia completa, requerendo a colaboração da equipe cirúrgica, medicina nuclear e patologia. A linfadenectomia seletiva proporcionada pela BLNS possui a vantagem de reduzir a morbidade sem comprometer a cura da paciente (SANTOS, 2006).

Além das complicações associadas a qualquer procedimento cirúrgico, a morbidade relacionada à dissecação do linfonodo sentinela é mínima, principalmente se comparada à tradicional linfadenectomia axilar. A dissecação axilar por vezes é realizada desnecessariamente, estando ligada a morbidades significativas. Nessa perspectiva, a BLNS proporciona melhora importante na qualidade de vida das pacientes com tumor de mama (BOFF et al., 2006).

Fernandes, Santos e Silva (2005) assinalam que os procedimentos cirúrgicos mais comuns ante a detecção de um tumor maligno na mama englobam a tumorectomia, quadrantectomia e mastectomia radical modificada, estando a escolha do método relacionada principalmente ao estadiamento.

Diversos fatores contribuem para a segurança dos procedimentos cirúrgicos na atualidade, dentre os quais estão o aprimoramento da anestesia e a utilização da antibioticoprofilaxia. A cirurgia para tratamento do câncer de mama, no entanto, ainda pode ser acompanhada de complicações, ocasionando impacto na qualidade do tratamento e nos custos associados (BARBOSA et al., 2004).

Nesse contexto, o pós-operatório de mastectomia requer alguns cuidados, especialmente com o braço do mesmo lado da mama operada. Melo (2001) exprime que, após uma cirurgia para retirada da mama, a mulher passa a enfrentar situações difíceis tanto no pós-operatório imediato, como no pós-operatório tardio, pois vivencia momentos de desequilíbrio. As repercussões físicas podem ser evidenciadas em dores na região cirúrgica, limitação dos movimentos do membro homolateral à cirurgia, edema, seroma, necrose, linfedema, hemorragia, deiscência de sutura, lesão nervosa, granuloma e queimadura, dentre outras.

Após a mastectomia, alguns cuidados devem ser considerados, tais como: o exame mensal do local operado, assim como da outra mama, buscando alterações na temperatura ou na coloração da pele, bem como o aparecimento de outros nódulos. A

presença de alterações deve ser comunicada imediatamente ao profissional responsável pelo acompanhamento da cliente. Além do mais, são muito importantes o exercício e a realização de atividades diárias, associadas ao lazer (SEGAL, 1995; FERNANDES; SANTOS; SILVA, 2005).

No que se refere ao pós-operatório imediato, a mulher vivencia momentos de estresse, em razão da retirada total ou parcial da mama, que lhe altera a imagem corporal. Dessa forma, são necessários vários cuidados para que a recuperação seja alcançada satisfatoriamente, como manipulação adequada do dreno, movimentação e cuidados com o braço (GOZZO, 2005).

Em virtude de a mulher, atualmente, receber alta precoce, é necessário que tais cuidados sejam orientados de forma adequada e efetiva, ainda durante a hospitalização, estendendo-se ao período pós-operatório mediato e tardio, reduzindo, conseqüentemente, o risco de complicações.

Destaca-se o fato de que as repercussões psicológicas após a mastectomia se apresentam, em geral, de forma também bastante significativa, uma vez que, além de afetarem o âmbito social da mulher, podem contribuir para reforçar o surgimento de sintomas físicos, dificultando o autocuidado. É essencial que a mulher esteja ciente sobre as possíveis complicações que possam vir a surgir após a cirurgia, a fim de que passe a se comportar de forma a não ampliá-las ou acentuá-las, buscando, ainda, ajuda especializada, quando necessário.

A mastectomia produz alterações consideráveis no dia-a-dia da mulher, pois requer certo tempo para o retorno às suas atividades normais, além do que influencia fortemente o seu equilíbrio emocional, podendo incorrer em sentimentos negativos como depressão, tristeza e isolamento social, dentre outros. Essas conseqüências refletem-se no seu ambiente familiar, uma vez que ela necessitará modificar seus papéis dentro da família, exigindo uma reorientação nos papéis dos familiares (MELO et al., 2005).

O impacto afeta não apenas a mastectomizada, pois se estende ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos, potencializando-se com a indicação dos tratamentos associados à cirurgia, principalmente a radioterapia e a quimioterapia (MELO, SILVA e FERNANDES, 2005).

Dessa forma, há necessidade de um acompanhamento mais intensivo à mulher, no pós-operatório de mastectomia, em virtude de esta cirurgia ser um procedimento traumatizante, capaz de originar repercussões físicas, representadas por complicações e intercorrências cirúrgicas, aliadas às repercussões psicológicas, as quais poderão provocar mudanças no seu cotidiano. O conhecimento acerca dos sentimentos vivenciados durante toda a trajetória da doença, englobando suas dúvidas e questionamentos, pode possibilitar a melhoria da assistência de enfermagem à mulher, em virtude de favorecer o direcionamento da assistência para tais aspectos.

Para desempenhar o papel de educador, proporcionando orientações à mastectomizada, o enfermeiro deve direcionar seus conhecimentos e habilidades para a promoção de uma assistência humanizada e sistematizada, sendo essencial a percepção dos sentimentos de medo, angústia e insatisfação por parte dela, buscando caminhos para o desenvolvimento de estratégias e atividades que minimizem os sentimentos negativos e as atitudes inadequadas, visando à recuperação mais rápida da cliente (OLIVEIRA et al., 2005).

Panobianco e Mamede (2002) destacam, em meio à experiência no atendimento a mulheres mastectomizadas e baseadas nos resultados de um estudo, a importância e a necessidade de um acompanhamento de enfermagem a essas mulheres, principalmente no período pós-operatório.

O que geralmente se observa, na prática, entretanto, é a dificuldade de um acompanhamento de enfermagem mais efetivo à portadora de câncer de mama durante toda a trajetória da enfermidade, o que incluiria orientações sobre a cirurgia, complicações, mudanças na vida pessoal e familiar, contribuindo para a readaptação mais rápida. Logo, percebe-se a relevância da temática, pois poderá promover a melhoria na assistência direcionada à mulher, com o objetivo principal de favorecer sua recuperação e reabilitação.

Sob essa óptica, é importante destacar a enfermagem como participante dessa orientação, considerando que o enfermeiro desempenha significativo papel como educador em saúde, pois trabalha continuamente junto ao cliente, seja aquele em caráter de internação ou assistência ambulatorial, identificando problemas e buscando soluções.



Este fato pode ser traduzido pela aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, na qual o enfermeiro realiza o levantamento dos dados (anamnese), identifica as necessidades básicas afetadas, com a posterior formulação de diagnósticos de enfermagem e, então, implementa ações com vistas à resolução dos problemas, sendo importante a evolução contínua das condições de saúde do cliente, para a avaliação das ações de enfermagem.

Esse mecanismo básico de trabalho reforça a importância do cuidado de enfermagem ao cliente, valorizando-o como participante ativo na manutenção e/ou recuperação da saúde e tornando-o um colaborador na multiplicação dos conhecimentos à população, em se tratando da atenção à saúde.

Faz-se necessário, todavia, um melhor preparo dos profissionais de enfermagem, a fim de que possam orientar adequadamente as mulheres quanto aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, com o local cirúrgico e com o dreno aspirativo, assim como proceder à avaliação e ao diagnóstico de sinais de edema, além de oferecer apoio emocional. Torna-se, também, fundamental a conscientização desses profissionais quanto à necessidade de aprimoramento para atender essa população (PANOBIANCO; MAMEDE, 2002).

Por outro lado, é importante reforçar a idéia de que o enfermeiro exerce importante papel, não só na orientação e execução dos cuidados pós-operatórios, em curto e em longo prazo, mas também na articulação entre os diversos serviços destinados ao atendimento a essa clientela, especialmente aqueles que se destinam à reabilitação, como os grupos de apoio social (PANOBIANCO; MAMEDE, 2002).

A execução da assistência integral não pode ser vista apenas como acesso às tecnologias. Deve haver a conscientização dos profissionais para os aspectos biológicos, físicos e sociais do adoecer, que também traduzem a integralidade. É fundamental o trabalho de uma equipe multidisciplinar na orientação e apoio psicológico a clientes oncológicos, em que a enfermagem tem importante papel como facilitadora da reabilitação (PRADO et al., 2004).

Em sua experiência com clientes portadoras de câncer de mama, Amorim (1999) revela que estas tendem a compartilhar com o enfermeiro suas dúvidas, tristezas,

desesperanças e também suas angústias, esperando receber o suporte necessário para enfrentar a patologia e o tratamento.

A assistência de enfermagem em Oncologia evoluiu bastante, desde seu surgimento como especialidade. A literatura aponta e preconiza o importante papel do enfermeiro no apoio ao cliente oncológico nas várias fases de sua moléstia. Pensar hoje em Oncologia é pensar em sobrevivida com qualidade e não se fixar apenas na cura da doença (CAMARGO; SOUZA, 2003).

Destaca-se a idéia de que essa assistência deve abranger os diversos estádios do *continuum* saúde-doença, uma vez que assistir o outro que tem câncer possibilita a intervenção de enfermagem nos vários níveis: na prevenção primária e secundária, no tratamento, na reabilitação e na enfermidade avançada, traduzindo-se por uma assistência sistematizada (CAMARGO; SOUZA, 2003).

O enfermeiro representa uma peça fundamental na readaptação da mulher, ao desenvolver orientações e cuidados, visando à sua reabilitação física e social, além da retomada das atividades diárias, considerando que o suporte informativo se torna essencial para a recuperação após a descoberta e tratamento do câncer mamário, funcionando como ponto de apoio para a reflexão sobre as possibilidades nessa nova fase da vida.

Para que as informações e cuidados sejam compreendidos adequadamente, é indispensável a participação da família na forma de oferecimento de suporte emocional à mulher, haja vista a possibilidade de que esta manifeste reações negativas diante do diagnóstico do câncer (FERNANDES; SANTOS; SILVA, 2005).

Silva e Mamede (1998) assinalam que, com o decorrer do tempo, os sentimentos negativos vivenciados pelas mulheres, em relação ao processo cirúrgico, tendem a diminuir, abrindo espaço para a reflexão sobre outras possibilidades, e, então, organizá-las, buscando melhor condição de sobreviver, mesmo com a mastectomia.

Os profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, desempenham papel fundamental no alcance da qualidade de vida pela mulher mastectomizada, no momento em que esta busca novos caminhos após a cirurgia, no sentido de orientá-la acerca de todas as mudanças nessa nova fase da vida e encaminhá-la à reabilitação, o que necessariamente envolve, também, o seu círculo familiar.

Considerando a inter-relação da atenção secundária com a primária, ao ser dada a alta da cliente mastectomizada, o enfermeiro deve intervir diretamente no seu acompanhamento, promovendo orientações que favoreçam sua autonomia. Tais orientações devem se projetar aos familiares por serem estes responsáveis pelo apoio à mulher, considerando que esta se encontra afetada também na esfera psicológica (PADRÓN et al., 2002).

Levando em conta o fato de que, ao descobrir-se portadora de câncer de mama, com posterior realização da mastectomia, a mulher sofre um desequilíbrio emocional, em decorrência das repercussões físicas e psicológicas causadas pelo câncer de mama e pela cirurgia, questiona-se: quais as deficiências relacionadas à orientação recebida pela mulher no pós-operatório de mastectomia? O que necessita melhorar em relação à assistência de enfermagem prestada a essa cliente?

Buscando responder a tais questionamentos, defende-se a seguinte tese: *A assistência sistematizada de enfermagem no pós-operatório de mastectomia contribui para a readaptação física, emocional e social da mulher.*

Assim, colocam-se as seguintes hipóteses: 1. As mulheres mastectomizadas que recebem orientações sistematizadas de enfermagem, no pós-operatório, apresentam melhores respostas físicas, emocionais e sociais; 2. Ocorrem menos complicações pós-operatórias ou em menor intensidade nas mulheres mastectomizadas que recebem tais orientações; e 3. Essas mulheres apresentam dúvidas em proporção menor do que as que não recebem a orientação sistematizada de enfermagem no pós-operatório.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

♣ Avaliar a contribuição da assistência de enfermagem desenvolvida no pós-operatório, para a readaptação física, emocional e social da mulher mastectomizada.

### **2.2 Específicos**

♣ Identificar diferenças nas respostas físicas, emocionais e sociais entre as mulheres que foram ou não submetidas à orientação sistematizada de enfermagem.

♣ Conhecer as complicações pós-operatórias presentes nos dois grupos de mulheres.

♣ Detectar as dúvidas entre os grupos em relação aos cuidados necessários para a prevenção de complicações após a realização da mastectomia.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo experimental, do tipo ensaio clínico randomizado controlado, em que foi aplicado um tratamento, denominado intervenção, para a observação dos seus efeitos sobre um desfecho. Esse tipo de estudo possui como principal vantagem, em relação a um estudo observacional, a capacidade de demonstrar causalidade (HULLEY et al., 2003).

A pesquisa experimental difere da pesquisa não experimental pelo fato de o pesquisador ser um agente ativo, mais do que um observador passivo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Assim, foi aplicada uma intervenção a um grupo de mulheres, no caso uma proposta de orientação sistematizada de enfermagem, no pós-operatório imediato de mastectomia. Posteriormente observou-se seus efeitos nesse grupo, em relação a outro grupo no qual não foi realizada a intervenção. Dessa forma, denominou-se Grupo-Intervenção (GI) para as mulheres que receberam as orientações sistematizadas de enfermagem Grupo-Controle (GC) para as que não receberam.

Busca-se, também, o conhecimento do universo da mastectomizada em se tratando de esclarecimentos a respeito do câncer de mama, bem como sobre a mastectomia e as possíveis complicações do pós-operatório, além da identificação de suas necessidades relativas à orientação de enfermagem. A partir daí, propõe-se uma assistência mais qualificada e direcionada que auxilie a mulher na busca pela qualidade de vida após a doença.

#### **3.2 Local do estudo**

Para o desenvolvimento do estudo, optou-se por uma instituição de caráter filantrópico, localizada em Fortaleza-CE, que oferece atendimento especializado em Oncologia, envolvendo tratamento cirúrgico (mastectomia) e tratamentos adjuvantes, como quimioterapia, radioterapia e imunoterapia.

A referida instituição atende a uma clientela de nível socioeconômico, grau de instrução e procedência variados, prestando assistência durante o pré, trans e pós-

operatório, além de acompanhamento no pós-operatório tardio, a fim de prevenir as complicações ou diagnosticar possíveis recidivas, precocemente. Para tanto, conta com uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, para o acompanhamento da cliente de forma holística, de modo a minimizar os desconfortos decorrentes da doença.

Ressalta-se que, em momento anterior à elaboração do projeto, o pesquisador esteve na Instituição, com o intuito de estabelecer familiaridade com os diferentes aspectos que envolvem as portadoras de câncer de mama.

Nessa etapa do estudo, foi possível observar intervenções cirúrgicas, para a elaboração dos possíveis problemas associados e dos cuidados de enfermagem específicos para a prevenção das complicações.

O acompanhamento no pré e pós-operatório também foi realizado, também ocorreu o contato com a equipe multiprofissional, com a finalidade de conhecer a percepção dos diferentes membros sobre a vivência da mulher, bem como colher informações relativas à rotina da Instituição.

Esse contato prévio com o local da coleta de dados possibilitou maior aproximação com o objeto de estudo, confirmando a importância do aprofundamento sobre a temática, uma vez que se percebeu a manifestação de sentimentos negativos pelas mulheres, além da deficiência no conhecimento relacionado à doença e à cirurgia, denotando a necessidade de um acompanhamento de enfermagem sistematizado, possibilitando uma readaptação mais rápida das clientes.

### **3.3 População**

A população foi representada por portadoras de doenças da mama, que realizaram cirurgia de mama na referida instituição durante o período de novembro de 2005 a fevereiro de 2006.

Como critérios de inclusão, foram empregados os seguintes parâmetros: ter realizado mastectomia radical, radical modificada ou quadrantectomia; estar em acompanhamento médico; demonstrar interesse e consentir em participar do estudo.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão: ter realizado apenas a excisão do nódulo (tumorectomia); possuir tumores em outros locais, além do sítio primário, que

também necessitem de cirurgia no momento; não possuir condições de responder às questões expressas pela pesquisa, em razão da idade, nível de consciência, patologias associadas, gravidade do quadro ou deficiência na comunicação; possuir algum tipo de alteração psicológica que interfira nas orientações ou que dificultem a observação do impacto da assistência de enfermagem, por parte da pesquisadora.

Dessa forma, do total de 123 mulheres, após serem aplicados os critérios de exclusão, foram eliminadas 43 (34,96%). Destas, 42 realizaram apenas tumorectomia, retirada apenas do tumor ou Radioguided Occult Lesion Localization (ROOL), técnica que utiliza substância radioativa para localizar com precisão os nódulos durante a cirurgia; e uma realizou mastectomia radical modificada (MRM), com biopsia de linfonodo sentinela (BLNS) e reconstrução mamária. Esta, porém, se apresentava bastante abalada emocionalmente, não sendo incluída no estudo.

Assim, a população final foi de 80 mulheres (80). Considerando o processo utilizado para a divisão e classificação nos grupos, 40 (50%) foram incluídas no GI e 40 (50%) no GC.

As mulheres de ambos os grupos (intervenção e controle) foram eleitas de forma aleatória. As cirurgias são realizadas quatro dias por semana, sendo três dias no período da manhã e um dia à tarde. Considerando o princípio da aleatoriedade, os dados foram coletados em semanas alternadas, ou seja, uma semana era destinada ao grupo-intervenção e a semana seguinte ao grupo-controle e assim sucessivamente, dando oportunidade a todas as mulheres de participarem do estudo.

No processo de seleção aleatória, cada elemento da população tem uma chance igual, independentemente de ser ou não escolhida. As amostras probabilísticas utilizam um processo aleatório para assegurar que cada unidade da população tenha uma chance especificada de seleção (HULLEY et al., 2003; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O número de mulheres inseridas no GI foi determinado pelo total de cirurgias realizadas nos meses de novembro de 2005 a fevereiro de 2006, considerando a alternância das semanas. O GC foi representado pelas mulheres que realizaram cirurgias no mesmo período, porém nas semanas não enfocadas na coleta do grupo-intervenção. A identificação dessas participantes ocorreu na Instituição, consultando-se

o mapa de cirurgias no período, o livro de ocorrência de enfermagem e buscando o número do prontuário para posterior identificação da data dos retornos, para consultas de rotina ou tratamentos complementares.

Assim, a amostra foi constituída por dois grupos de mulheres, no pós-operatório de mastectomia (incluindo cirurgia radical, radical modificada e conservadora). O primeiro grupo, denominado GI, recebeu um acompanhamento de enfermagem no pós-operatório imediato (quando ainda se encontrava na enfermaria); posteriormente, no retorno da primeira semana de pós-operatório, foi realizado o segundo contato; e, após média de 30 dias, quando a mulher retornava à Instituição para consultas de rotina ou para sessões de fisioterapia. Nesse último momento, foi realizada a avaliação da intervenção e da importância do acompanhamento de enfermagem na readaptação física, emocional e social, em que foi feito o contato também com o segundo grupo (GC), para a análise comparativa. Este grupo recebeu somente as orientações de rotina da Instituição.

### **3.4 Coleta dos dados**

Os dados foram coletados nos meses de novembro de 2005 a março de 2006. Antes do início da coleta dos dados, propriamente dita, objetivando a adequação das orientações sistematizadas de enfermagem a serem aplicadas ao GI, realizou-se um teste-piloto com 11 mulheres submetidas à cirurgia no mês de outubro, a fim de que contemplasse, da melhor maneira possível, os objetivos do estudo, assim como atendessem às necessidades das mastectomizadas.

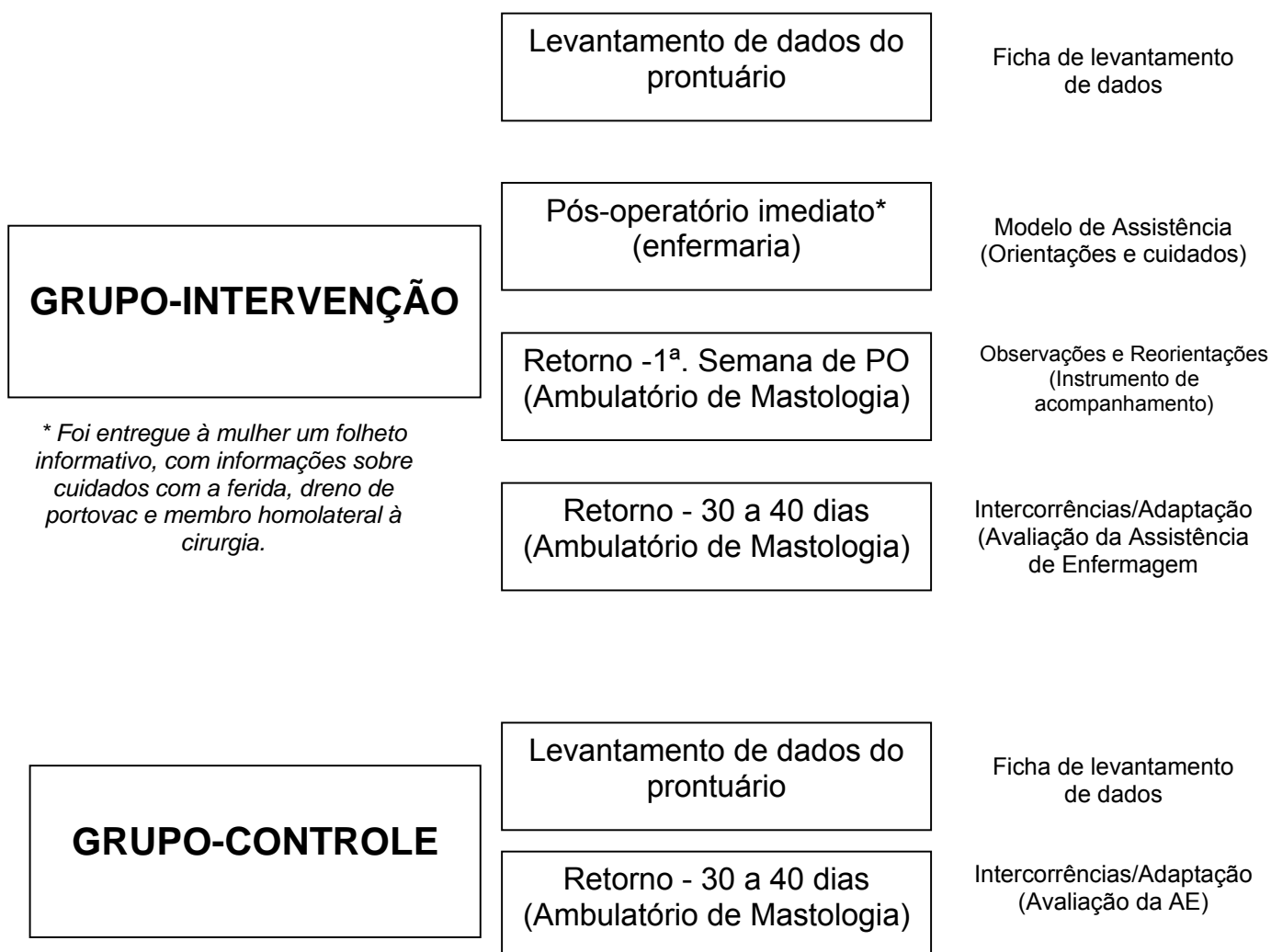
Foram colhidas informações daquelas incluídas nos dois grupos, a partir do prontuário, tais como: dados sociodemográficos, patologias associadas, diagnóstico médico, data do diagnóstico, tipo de cirurgia realizada, dentre outros aspectos considerados fundamentais para o desenvolvimento do estudo (Apêndice A).

A coleta de dados foi realizada em três etapas, sendo que a primeira e a segunda enfocaram apenas o GI e a terceira enfocou ambos os GI e GC, conforme diagrama a seguir. Foram utilizados três instrumentos, elaborados com base na literatura, o primeiro e o segundo para a realização das orientações sistematizadas de enfermagem e o terceiro para a avaliação da contribuição das orientações na readaptação das mulheres, sendo comparado os dois grupos.



## DIAGRAMA DESCRITIVO SOBRE A COLETA DOS DADOS

### PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS



A primeira fase da coleta incluiu a aplicação de um roteiro de orientações de enfermagem (Apêndice B), a mulheres no pós-operatório imediato de mastectomia (GI), enquanto estas ainda se encontravam na enfermaria, o qual englobou aspectos referentes à doença e à cirurgia, visando à orientação da mulher sobre a doença e tipos de cirurgia, com o intuito de possibilitar maior tranquilidade. Em relação aos aspectos emocionais e sociais, foi observada a presença de mudanças no contexto familiar após a mastectomia, incluindo atitudes, comunicação e participação em reuniões familiares e com amigos. Outro ponto abordado no roteiro refere-se aos cuidados exigidos no pós-operatório, para a prevenção de complicações, tais como: cuidados com a ferida cirúrgica, com o dreno aspirativo e com o membro homolateral à cirurgia.

Foram realizadas orientações sobre o procedimento cirúrgico e as possíveis complicações, para a promoção de respostas adaptativas pela mulher, sendo entregue um folheto informativo sobre os cuidados (Apêndice C), constando também o número de telefone da pesquisadora, caso ocorressem dúvidas por parte das mulheres em relação à orientação, como também ao estudo.

A segunda fase da coleta envolveu também o GI, sendo representada pelo reforço das orientações conferidas no primeiro contato, no momento em que esta retornava ao ambulatório da mama (cinco a dez dias após o procedimento cirúrgico), para retirada do dreno aspirativo ou para realização de curativo. Para isso foi utilizado um instrumento de acompanhamento (Apêndice D), em que foram contempladas as questões abordadas no roteiro de orientações. A partir das respostas das mulheres, as orientações eram reforçadas e, caso surgissem mais dúvidas, estas eram esclarecidas.

A terceira fase da coleta contemplou ambos os grupos (GI e GC), possuindo como finalidade a avaliação da readaptação, levando em conta o fato de que o GI recebeu a assistência sistematizada no pós-operatório imediato e o GC não recebeu, limitando-se às orientações de rotina realizadas na Instituição. Aqui, pretendeu-se investigar o impacto desse acompanhamento sistematizado na readaptação e recuperação da mulher, englobando aspectos físicos, emocionais e sociais. É importante destacar que, nesse momento, foi entregue o folheto informativo abordando os cuidados após a mastectomia também ao GC.

Para essa fase foi utilizado um instrumento de avaliação das orientações de enfermagem (Apêndice E) elaborado com base nos dados da proposta de orientação no pós-operatório imediato, enfocando os aspectos sociais e emocionais, em que se procurou identificar mudanças no relacionamento familiar e relacionamento com os amigos, além da participação em grupos. Nesse instrumento, também foram avaliados os aspectos fisiológicos, cuidados com a ferida e com o dreno, presença de complicações e cuidados com o membro homolateral à cirurgia. Todos os dados foram comparados entre os dois grupos, a fim de identificar a influência das orientações realizadas no pós-operatório imediato ao GI.

Para a avaliação dos aspectos emocionais, foi utilizada a Escala de POMS - Profile of Mood States (LORR; McNAIR, 1984), em que se buscou identificar a presença de sentimentos diversos, os quais poderiam traduzir a adaptação ou não da mulher à mastectomia, assim como a sua recuperação (Anexo A).

A opção pela Escala de POMS, decorre do fato de esta ter sido utilizada em estudo anterior sobre câncer de mama e mastectomia (BÁREZ, 2002). Convém ressaltar que essa escala foi traduzida e validada para a língua portuguesa (VIANA et al., 2001; ANDRADE; PELUSO, 2003; ROLFS et al., 2004).

A escala de Perfil de Estados de Humor tem sido um dos instrumentos mais utilizados em psicologia para avaliar os estados emocionais e os estados de humor, assim como a variação que lhes está associada. Foi originalmente construído para avaliar as variações dos estados de humor em populações psiquiátricas, porém, rapidamente, a sua utilização foi direcionada para outras populações, inclusive não clínicas, tanto em investigações como intervenções (VIANA et al., 2001).

A forma original da escala de POMS é composta por 65 adjetivos, os quais resultaram de estudos repetidos de análise fatorial tendo como ponto de partida um total de 100 dimensões comportamentais, tendo emergido 6 fatores de estados de humor (VIANA et al., 2001).

No estudo, utilizou-se a escala adaptada por Baréz (2002), que analisa cinco fatores: depressão, vigor, cólera, tensão e fadiga, por meio da observação de 15 aspectos relacionados a estados de humor da paciente, sendo abordadas três questões

para cada um dos fatores referidos. Para mensurar a incidência, a resposta da mulher era medida em uma escala de valores (0,1,2, 3 e 4), sendo:

- Nada=0
- Um pouco=1
- Moderadamente=2
- Muito=3
- Excessivamente=4

Para analisar o fator depressão, os sentimentos associados eram: desamparo, infelicidade e tristeza. Para o fator vigor: estar cheia de energia, animada e ativa. Para o fator cólera: estar chateada, incomodada e mal-humorada. Para o fator tensão: intranqüilidade, agitação e tensão. E para o fator fadiga: estar sem forças, cansada e fadigada (BAREZ, 2002; BÁREZ; BLASCO; FERNANDÉZ, 2003).

Spielberger (1991) define o fator *raiva* como estado emocional que varia desde sentimentos de leve irritação até a cólera associada com estímulos do sistema nervoso autônomo; Beck e Clark (1988) interpretam a *depressão* como depreciação ou auto-imagem negativa. Para o fator *fadiga*, Terry et al (1999) elucidam o significado de cansaço físico e mental; por *tensão*, sentimentos vivenciados de apreensões e ansiedades; e *vigor*, sentimentos de excitação, disposição e energia física.

Para a avaliação dos aspectos sociais, foram considerados o relacionamento com os familiares e com os amigos, após a mastectomia, visando a identificação de mudanças positivas ou negativas, uma vez que a mastectomia é uma doença grave, que pode ocasionar mudanças significativas na vida social da mulher.

Os aspectos fisiológicos foram mensurados a partir da observação das respostas das mulheres em relação aos seguintes pontos:

- Hábitos alimentares após a cirurgia: se verificou a ocorrência de mudanças que contribuíssem para a recuperação mais rápida.

- Retomada de atividades físicas após a cirurgia: sendo verificada a importância da orientação realizada no pós-operatório imediato ao grupo intervenção, uma vez que se constatava a retomada de atividades de contribuíssem para a melhora.

- Tempo dedicado ao sono e repouso após a mastectomia: procurou-se conhecer o tempo que a mulher dedicava ao descanso, a fim de contribuir para a recuperação.

- Ocorrência de complicações cirúrgicas: foram identificadas as complicações mais comuns nos dois grupos, fazendo uma associação da importância da orientação de enfermagem direcionada ao grupo intervenção.

- Presença de dificuldades ao manusear o dreno de sucção: a fim de conhecer as dificuldades do grupo que não recebeu orientação, o qual se limitou a rotina da instituição, em comparação ao grupo que recebeu a orientação teórica e prática.

- Cuidados com o braço: foram realizadas orientações ao grupo intervenção em relação aos cuidados com o braço do lado da mama operada, sendo dada ênfase a restrição de algumas atividades e realização de outras que seriam benéficas.

### **3.5 Organização e análise dos dados**

Os dados foram organizados e analisados de forma quantitativa, sendo submetidos à análise estatística. Para tanto, utiliza-se o Programa Microsoft Office Excel 2003, para a criação de um banco de dados. Contou-se com um especialista em Estatística, para a melhor apresentação e fidedignidade dos dados.

Foi considerado o nível de significância dos testes igual a 5%. Para a comparação das incidências dos desfechos entre os grupos foi utilizado o Teste exato de Fisher.

Quando se verificou diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre as incidências, foram também estimados o Risco Relativo (RR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC), com 95% de confiança.

Para verificar a normalidade na distribuição das variáveis quantitativas empregou-se o teste de Shapiro-Wilk e para verificar a igualdade das variâncias, o teste de Levene. Para comparar os grupos em relação à média das variáveis quantitativas, utilizou-se o teste T\_Student no caso de a variável ter distribuição normal, e o teste de Mann-Whitney, no caso de a variável não ter distribuição normal.

### **3.6 Aspectos éticos do estudo**

A coleta de dados somente foi iniciada mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (Anexo B).

A proposta do estudo foi apresentada na reunião científica semanal que ocorre entre os médicos da área de Mastologia, no ambulatório do hospital, tendo sido

elaborado um *folder* informativo para a discussão da proposta junto a esses profissionais, com esclarecimentos referentes ao objeto do estudo e à metodologia.

Posteriormente a chefia de enfermagem foi informada sobre o estudo, sendo apresentada a proposta também a equipe de enfermeiras do setor onde seria realizada a coleta dos dados.

Após essa etapa, foi realizado o contato com a mulher que se encontrava no pós-operatório imediato de mastectomia (G1), no momento que ainda estava na enfermaria, sendo explicados os objetivos do estudo e oferecida liberdade de adesão, confirmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), obedecendo as diretrizes da Resolução nº 196/96 do CNS-MS, que preconiza que as pesquisas envolvendo seres humanos atendam às exigências éticas e científicas fundamentais (BRASIL, 1996). Após o consentimento, foi aplicada a proposta de orientações.

As mulheres do GC também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G), no momento em que foram convidadas a participarem do estudo, sendo-lhes explicitados objetivos e finalidades do estudo.

Ressalta-se que as mulheres tiveram garantia de anonimato em relação à identidade, bem como liberdade de desistência do estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo no que se refere ao atendimento recebido na Instituição.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Dados sócio-demográficos

Na busca de explorar e compreender a importância da orientação de enfermagem na readaptação da mulher mastectomizada, assim como responder aos objetivos propostos no estudo, serão expostos a seguir os resultados encontrados. Vale ressaltar que se denominará Grupo-Controle o das pacientes sem acompanhamento e Grupo-Intervenção aquele que recebeu acompanhamento.

As mulheres participantes do estudo encontravam-se em faixas etárias diversificadas, conforme demonstra a tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição das mulheres, segundo a faixa etária. Fortaleza, 2006.

Idade (anos)	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%	N	%
25 – 35	2	5,0	1	2,5	3	3,8
36 – 46	11	27,5	15	37,5	26	32,5
47 – 57	8	20,0	7	17,5	15	18,8
58 – 68	15	37,5	14	35,0	29	36,3
69 – 79	3	7,5	1	2,5	4	5,0
80 – 89	1	2,5	2	5,0	3	3,8
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

A faixa etária predominante entre as mulheres do grupo-controle esteve entre as idades de 36 anos e 68 anos, com 34 mulheres (85%). No grupo-intervenção, 36 mulheres (90%) encontravam-se na faixa etária de 36 a 68 anos.

O quadro 1 estabelece os valores descritivos relativos à idade das pacientes por grupo, especificando a média das idades, o desvio padrão e a mediana.

QUADRO 1 - Valores descritivos da idade das pacientes, por grupo. Fortaleza, 2006.

Grupo	Idade (anos)					
	N	Média	Dp	Mínimo	Mediana	Máximo
Controle	40	54,45 <sup>(1)</sup>	12,63	24	56,5	82
Intervenção	40	52,88 <sup>(1)</sup>	13,62	30	50,0	89
Total	80	53,66	13,08	24	54,5	89

(1) teste T\_Student;  $p=0,593$

A idade média das pacientes no grupo-controle foi 54,5 ( $\pm 12,6$ ) anos e no grupo-intervenção 52,9 ( $\pm 13,6$ ) anos. Estatisticamente, segundo os dados observados, nada leva a acreditar-se que esses dois grupos, em média, possuam diferença em relação à idade ( $p=0,593$ ).

TABELA 2 - Distribuição das mulheres, segundo a procedência. Fortaleza, 2006.

Procedência	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%		
Fortaleza	15	37,5	17	42,5	32	40,0
Interior	25	62,5	23	57,5	48	60,0
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

Teste Exato de Fisher;  $p=0,820$

Observa-se que, no grupo-controle, 62,5% (25) das pacientes era procedente do interior do Estado, enquanto no grupo-intervenção esse percentual foi de 57,5% (23). Segundo os dados observados, não existe diferença significativa ( $p=0,820$ ) entre os grupos intervenção e controle na distribuição da procedência das pacientes.



Em relação ao estado civil, pode-se observar a distribuição das mulheres na tabela que segue.

TABELA 3 - Distribuição das mulheres, segundo o estado civil. Fortaleza, 2006.

Estado Civil	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%		
Casada	25	62,5	21	52,5	46	57,5
Separada	5	12,5	3	7,5	8	10,0
Solteira	8	20,0	12	30,0	20	25,0
Viúva	2	5,0	4	10,0	6	7,5
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

A maioria das mulheres do grupo-controle (62,5%) era de casadas; 12,5% estavam separadas do companheiro; 20% eram solteiras e apenas 5% eram viúvas. No grupo-intervenção, foram encontrados dados similares, sendo 52,5% casadas, 7,5% separadas, 30% solteiras e 10% viúvas.

Considerando a condição de a paciente viver ou não com um companheiro, encontra-se:

TABELA 4 - Distribuição das mulheres, segundo a situação de estar ou não com um companheiro. Fortaleza, 2006.

Vive com o Companheiro	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%		
Sim	25	62,5	21	52,5	46	57,5
Não	15	37,5	19	47,5	34	42,5
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

Teste Exato de Fisher;  $p=0,498$

No grupo-controle, 62,5% (25) das pacientes vivem com o companheiro e no grupo-intervenção esse percentual é de 52,5% (21). Assim, observamos que não existe diferença significativa ( $p=0,498$ ) entre o grupo-intervenção e o grupo-controle em relação à variável viver ou não com um companheiro.

As pacientes de ambos os grupos foram distribuídas segundo a escolaridade, conforme demonstra a tabela 5.

TABELA 5 - Distribuição das mulheres, segundo a escolaridade Fortaleza, 2006.

Escolaridade	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%		
Analfabeto	8	20,0	3	7,5	11	13,8
Alfabetizado	7	17,5	9	22,5	16	20,0
Fundamental Incompleto	17	42,5	13	32,5	30	37,5
Fundamental Completo	2	5,0	1	2,5	3	3,8
Médio Incompleto	0	0,0	2	5,0	2	2,5
Médio Completo	4	10,0	7	17,5	11	13,8
Superior	2	5,0	5	12,5	7	8,8
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

A tabela aponta para um grande número de mulheres, tanto no grupo-controle como no grupo-intervenção, com pouca ou nenhuma escolaridade, uma vez que oito mulheres (20%) do grupo-controle e três (7,5%) no grupo-intervenção eram analfabetas e sete (17,5%) do grupo-controle e nove do grupo-intervenção (22,5%) eram apenas alfabetizadas.

A tabela 6 demonstra a distribuição das mulheres de acordo com a ocupação.

TABELA 6 - Distribuição das mulheres, segundo a ocupação. Fortaleza, 2006.

Ocupação	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%		
Agricultora	5	12,5	3	7,5	8	10,0
Sem ocupação atual	8	20,0	8	20,0	16	20,0
Costureira	1	2,5	3	7,5	4	5,0
Dona de Casa	20	50	16	40	36	45,0
Professora	0	0,0	3	7,5	3	4,0
Vendedora	2	5,0	4	10,0	6	6,0
Outras	4	12,5	3	7,5	8	10,0
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

Um número significativo de mulheres, tanto do grupo-controle (20) como do grupo-intervenção (16), compreendendo, respectivamente, 50% e 40%, era de dona de casa, o que pode estar associado à pouca escolaridade das participantes do estudo. Em segundo lugar, têm-se as mulheres aposentadas, ou seja, que não desenvolviam nenhuma ocupação atualmente, com oito (20%) nos dois grupos. As seguintes ocupações também estiveram presentes: agricultora, costureira, doméstica, professora e vendedora. O item outras engloba as ocupações de faxineira, garçonete, agente administrativa, cobradora de ônibus, corretora de imóveis e auxiliar de enfermagem.

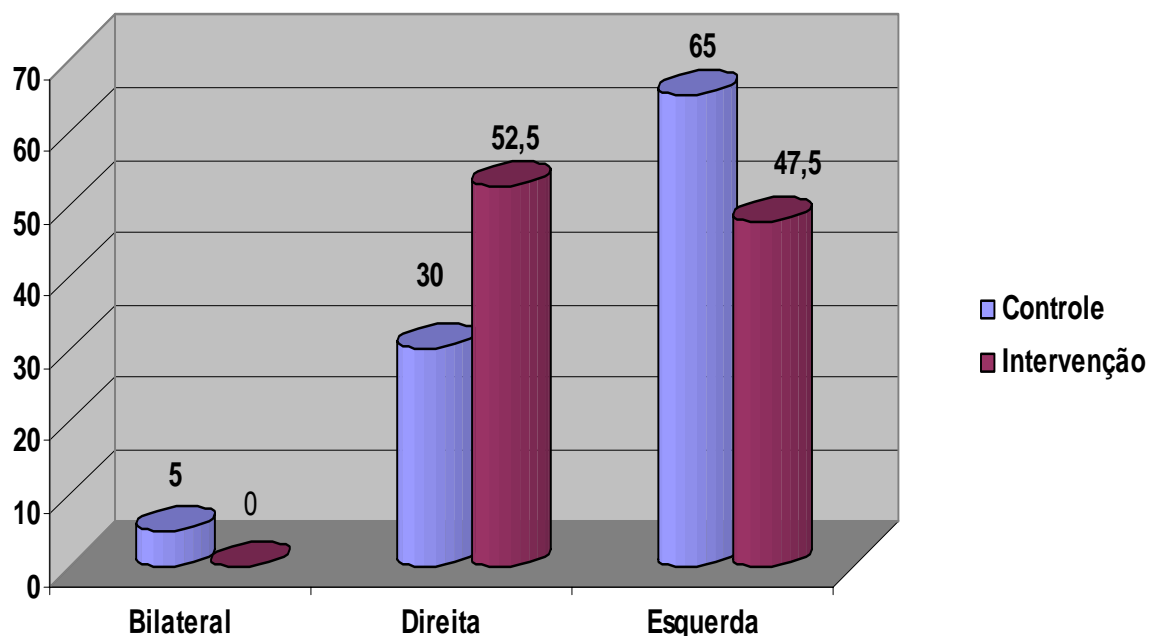
A cirurgia realizada foi um ponto observado entre as mulheres, visto que, atualmente, há várias modalidades de cirurgia, dependendo do diagnóstico estabelecido e do estágio da doença. A tabela 9 distribui as mulheres pelo tipo de procedimento cirúrgico realizado.

TABELA 7 - Distribuição das mulheres, por tipo de cirurgia. Fortaleza, 2006.

Tipo de Cirurgia	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%		
MRM+EA	20	50,0	25	62,5	45	56,2
MRM + BLNS	9	22,5	3	7,5	12	15,0
MS	1	2,5	0	0,0	1	1,3
MS+BLNS	2	5,0	6	15,0	8	10,0
QUADRANT+BLNS	3	7,5	0	0,0	3	3,8
QUADRANT+EA	5	12,5	6	15,0	11	13,7
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

O tipo de cirurgia que predominou entre as mulheres foi a mastectomia radical modificada (MRM), com o esvaziamento axilar (EA), sendo 20 (50%) no grupo-controle e 25 (62%) no grupo-intervenção. A segunda opção de cirurgia no grupo-controle foi a MRM associada à biopsia de linfonodo sentinela (BLNS), ao passo que no grupo-intervenção foram a mastectomia simples com BLNS e a quadrantectomia com esvaziamento axilar, 15% cada uma. Esta última ficou como terceira opção cirúrgica mais realizada no grupo-controle.

Considerou-se importante observar a lateralidade do tumor entre as mulheres dos grupos controle e intervenção, como ilustra o gráfico a seguir.



**FIGURA 1- Distribuição da freqüência das mulheres, segundo a lateralidade do tumor. Fortaleza, 2006.**

No grupo-controle, a maioria teve como lado afetado o esquerdo, com 26 mulheres (65%). Já no grupo-intervenção, a lateralidade mais predominante foi a direita, com 21 mulheres (52,5%). Considerando, entretanto, o número total, o lado esquerdo foi o mais afetado, com 56,2%. O número de casos bilateral foi pequeno, com duas mulheres (2,5%) no grupo-controle e nenhuma no grupo-intervenção.

A localização do tumor foi outro ponto de destaque, nos dados colhidos do prontuário, ilustrado na tabela 8.

TABELA 8 - Distribuição das mulheres, segundo a localização do tumor. Fortaleza, 2006.

Localização	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%		
Periareolar	4	10,0	0	0,0	4	5,0
QSE	17	42,5	15	37,5	32	40,0
QSI	7	17,5	6	15,0	13	16,2
QIE	2	5,0	2	5,0	4	5,0
QII	1	2,5	5	12,5	6	7,5
QS	2	5,0	3	7,5	5	6,3
RTA	4	10,0	5	12,5	9	11,2
TODA	3	7,5	4	10,0	7	8,8
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

Observa-se, pela tabela que os tumores estiveram mais frequentemente localizados no quadrante superior externo (QSE), com um percentual de 42,5% (17) e 37,5% (15) nos grupos controle e intervenção, respectivamente. O quadrante superior interno (QSI) ocupou o segundo lugar entre as localizações dos tumores, com 17,5% (7), no grupo-controle e 15,0% (6) no grupo-intervenção. Dessa forma, pode-se afirmar que o quadrante superior foi o mais afetado entre as mulheres do estudo, seja de um grupo ou de outro.

O tipo de neoplasia mais freqüente foi abordado, como se pode observar na tabela abaixo.

TABELA 9 - Distribuição das mulheres, segundo o diagnóstico. Fortaleza, 2006.

Diagnóstico médico	Grupo				Total	
	Controle		Intervenção		N	%
	N	%	N	%		
CARCINOMA DUCTAL <i>IN SITU</i>	2	5,0	2	5,0	4	5,0
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE	24	60,0	23	57,5	47	58,8
CARCINOMA LOBULAR INFILTRANTE	1	2,5	1	2,5	2	2,5
CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO	11	27,5	12	30,0	23	28,7
OUTROS	2	5,0	2	5,0	4	5,0
Total	40	100,0	40	100,0	80	100,0

O diagnóstico predominante entre as mulheres do grupo-controle foi o carcinoma ductal infiltrante, com 24 mulheres afetadas (60%), o que se pode constatar, também, no grupo-intervenção, com 23 mulheres (57,5%). Houve grande número, também, de neoplasias do tipo carcinoma pouco diferenciado, 11 (27%) e 12 (30%), respectivamente, grupos controle e intervenção.

## 4.2 Aspectos emocionais

Para a avaliação dos aspectos emocionais em ambos os grupos, foi utilizada a Escala de POMS - Profile of Mood States (LORR; McNAIR, 1984), em que foram observados diversos aspectos, buscando-se conhecer sua intensidade de ocorrência.

TABELA 10 - Distribuição das mulheres segundo o nível de intranquilidade relacionado à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Intranquilidade	Grupo				P	RR contro/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervençã o				
	N	%	N	%			
Nada	9	22,5	18	45,0	0,058	0,500	[ 0,256 ; 1,00 ]
Um pouco	27	67,5	22	55,0	0,359		
Moderadamente	3	7,5	0	0,0	0,241		
Bastante	1	2,5	0	0,0	1,000		
Excessivamente	0	0	0	0,0	0,0		
Total	40	100,0	40	100,0			

Observa-se que no grupo-controle, 10,0% (4) das pacientes declara estar moderadamente ou bastante intranquila, enquanto no grupo-intervenção nenhuma mulher demonstrou intranquilidade.

Considerando cada uma das possíveis respostas, nota-se que existe indício (significância marginal) de diferença significativa ( $p=0,058$ ) entre os grupos na incidência de pacientes que dizem estar nada intranquilas, sensação manifesta por 45,0% das pacientes do grupo-intervenção e 22,5% do grupo-controle, sendo o RR = 0,500 (IC = [0,256 ; 1,000]).



TABELA 11 - Distribuição das mulheres segundo a sensação de desamparo relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Desamparada	Grupo				P	RR contro/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Nada	22	55,0	35	87,5	0,003	0,629	[0,464 ; 0,852]
Um pouco	16	40,0	5	12,5	0,010	3,200	[1,296 ; 7,898]
Moderadamente	2	5,0	0	0,0	0,494		
Bastante	0	0,0	0	0,0			
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

Em ambos os grupos, nenhuma das pacientes referiu estar se sentindo bastante ou excessivamente desamparada. No grupo-controle, duas pacientes (5,0%) declararam estar moderadamente desamparadas, enquanto no grupo-intervenção não houve nenhum caso. Segundo os dados observados, nada leva a crer-se que exista diferença significativa ( $p=0,494$ ) entre esses valores.

Existe diferença significativa ( $p=0,003$ ) entre os grupos na incidência de pacientes que dizem estar nada desamparadas, pois, no grupo-intervenção, 35 pacientes (87,5%) referiram tal sensação. Por outro lado, no grupo-controle esse valor foi 21 (55,0%), sendo o RR do grupo-controle comparado com o grupo-intervenção igual a 0,629 (IC = [0,464 ; 0,852]).

Existe diferença significativa ( $p=0,010$ ) entre os grupos na incidência de pacientes que dizem estar um pouco desamparadas.

TABELA 12 - Distribuição das mulheres, segundo a falta de forças relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Sem forças	Grupo				P	RR contr/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Nada	24	60,0	35	87,5	0,010	0,629	[0,686 ; 0,519]
Um pouco	15	37,5	5	12,5	0,019	3,200	[3,000 ; 1, 205]
Moderadamente	1	2,5	0	0,0	1,000		
Bastante	0	0,0	0	0,0			
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

Não foram identificadas, em nenhum dos grupos (controle ou intervenção), respostas que demonstrassem excessivamente ou bastante falta de força. Uma paciente do grupo-controle (2,5%) referiu estar moderadamente sem forças, o que não foi observado no grupo-intervenção. Dessa forma, nota-se que não há diferença significativa nas incidências dos desfechos nos dois grupos ( $p=1,000$ ).

Em se tratando da manifestação, por parte das mulheres, de se encontrarem um pouco sem forças, observa-se diferença significativa ( $p=0,019$ ), com os valores de 37,5% (15) e 12,5% (5), respectivamente, grupo-controle e intervenção, sendo o RR igual a 3,200 (IC = [3,000 ; 1,205]).

Percebe-se, também, diferença significativa ( $p=0,010$ ) entre os grupos na incidência de pacientes que referiram estar nada sem forças. No grupo-intervenção 35 mulheres (87,5%) afirmaram tal fato e no grupo-controle 24 (60%), sendo o RR do grupo-controle comparado com o grupo-intervenção igual a 0,629 (IC = [0,686 ; 0,519]).

TABELA 13 - Distribuição das mulheres, segundo a demonstração de energia relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Cheia de energia	Grupo				P	RR contr/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Nada	0	0,0	0	0,0			
Um pouco	13	32,5	2	5,0	0,003	6,500	[1,567 ; 26,165]
Moderadamente	27	67,5	29	72,5	0,808	0,931	[0,698 ; 1,241]
Bastante	0	0,0	9	22,5	0,002	Não possível de calcular	
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

Não foram identificadas, em nenhum dos dois grupos, mulheres que se apresentassem nada cheias de energia, ou seja, que se sentissem totalmente sem energia. Por outro lado, tanto no grupo-controle como no grupo-intervenção, foram identificadas pacientes que disseram se sentir moderadamente cheias de energia, respectivamente 27 mulheres (67,5%) e 29 mulheres (72,5%); no entanto, não há diferença estatisticamente significativa ( $p=0,808$ ) entre esses valores.

Existe diferença significativa ( $p=0,003$ ) entre os grupos na incidência de pacientes que dizem se sentir um pouco cheias de energia, com os valores de 32,5% (13 mulheres) para o grupo-controle e 5,0% (duas) para o grupo-intervenção, sendo o RR igual a 6,500 (IC = [1,567 ; 26,165]).

Vale destacar que no grupo intervenção nove mulheres (22,5%) disseram estar se sentindo bastante cheias de energia, não tendo sido observado nenhuma colocação desse aspecto por parte das mulheres do grupo-controle, observando-se, assim, diferença significativa ( $p=0,002$ ) entre os valores.

TABELA 14 - Distribuição das mulheres, segundo a demonstração de chateação relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Chateada	Grupo				P
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Nada	18	45,0	23	57,5	0,371
Um pouco	20	50,0	16	40,0	0,500
Moderadamente	2	5,0	1	2,5	1,000
Bastante	0	0,0	0	0,0	
Excessivamente	0	0,0	0	0,0	
Total	40	100,0	40	100,0	

No que concerne à presença de chateação, após a realização da mastectomia, observou-se que 18 mulheres (45%) do grupo-controle não demonstraram esse sentimento, confrontando com 23 mulheres (57,5%) do grupo-intervenção, não sendo identificada diferença significativa ( $p=0,371$ ).

Da mesma forma, não há diferença significativa, também, em relação aos dois grupos, quanto à manifestação das mulheres de se sentirem um pouco chateadas ( $p=0,500$ ), com 50% no grupo-controle e 40% no grupo-intervenção.

Apenas três mulheres (duas no grupo-controle e uma no grupo-intervenção) afirmaram estar moderadamente chateadas, não existindo, também, diferença significativa ( $p=1,000$ ), enquanto não houve demonstração por nenhuma mulher de se sentir bastante chateada.

TABELA 15 - Distribuição das mulheres, segundo a demonstração de agitação relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Agitada	Grupo				P
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Nada	37	92,5	40	100,0	0,241
Um pouco	3	7,5	0	0,0	0,241
Moderadamente	0	0,0	0	0,0	
Bastante	0	0,0	0	0,0	
Excessivamente					
Total	40	100,0	40	100,0	

De acordo com a tabela, observa-se que 37 (92,5%) das mulheres do grupo-controle não se sentiam agitadas, enquanto no grupo-intervenção esse fato foi expresso por 100% das mulheres. Ainda assim, não há diferença significativa ( $p=0,241$ ) na incidência entre os dois grupos.

As demais mulheres integrantes do grupo-controle, correspondendo a 7,5%, ressaltaram que se sentiam um pouco agitadas. Nenhuma mulher referiu se sentir moderadamente, bastante ou excessivamente agitada.

TABELA 16 - Distribuição das mulheres, segundo a demonstração de infelicidade relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Infeliz	Grupo				P
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Nada	35	87,5	36	90,0	1,000
Um pouco	5	12,5	4	10,0	1,000
Moderadamente	0	0,0	0	0,0	
Bastante	0	0,0	0	0,0	
Excessivamente	0	0,0	0	0,0	
Total	40	100,0	40	100,0	

A maioria das mulheres dos dois grupos apresentava-se nada infeliz, sendo 35 mulheres (87,5%) no grupo-controle e 36 (90%), no grupo-intervenção, não havendo diferença significativa entre os valores ( $p=1,000$ ).

Apenas cinco mulheres (12,5%) do grupo-controle e quatro mulheres (10%) do grupo-intervenção afirmaram se sentir um pouco infelizes, não sendo percebida, também, diferença significativa ( $p=1,000$ ).

TABELA 17 - Distribuição das mulheres, segundo a sensação de cansaço relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Cansada	Grupo				P	RR contro/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Nada	18	45,0	34	85,0	<0,001	0,529	[0,367 ; 0,764]
Um pouco	22	55,0	6	15,0	<0,001	3,667	[1,665 ; 8,072]
Moderadamente	0	0,0	0	0,0			
Bastante	0	0,0	0	0,0			
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

A maioria das mulheres do grupo-controle (22), correspondendo a 55%, se sentia um pouco cansada, comparada com apenas seis (15%) do grupo-intervenção, o que pode indicar a importância do acompanhamento de enfermagem no pós-operatório imediato, quando foram realizadas orientações acerca da importância de retomar às atividades do cotidiano de maneira gradual. Assim, nota-se a existência de diferença significativa entre os dois grupos nesse aspecto ( $p < 0,001$ ), com um RR igual 0,529.

Por outro lado, as mulheres do grupo-intervenção (34), com um percentual de 85%, não referiram cansaço, contra 18 mulheres do grupo-controle (45%), o que leva a crer-se que existe diferença significativa entre os grupos ( $p < 0,001$ ) e um RR=3,667.

TABELA 18 - Distribuição das mulheres, segundo a presença de animação relacionada à mastectomia. Fortaleza, 2006.

Animada	Grupo				P	RR contro/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Nada	0	0,0	0	0,0			
Um pouco	5	12,5	1	2,5	0,201		
Moderadamente	31	77,5	13	32,5	<0,00 1	2,385	[1,480 ; 3,841]
Bastante	4	10,0	26	65,0	<0,00 1	0,154	[0,059 ; 0,401]
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

Pode-se inferir que a maioria das mulheres do grupo-intervenção (65%) se encontrava bastante animada, no momento em que foram abordadas, aproximadamente 40 dias após a cirurgia. O percentual referente a esse aspecto no grupo-controle foi de apenas 10%, o que indica a existência de diferença significativa entre as respostas ( $p < 0,001$ ), com um  $RR = 2,385$ .

As mulheres do grupo-controle, em sua maioria (77,5%), porém, referiram que se encontravam moderadamente animadas, sendo citada essa resposta por 32,5% das mulheres do grupo-intervenção. Foi encontrado um percentual pequeno de mulheres que estavam apenas um pouco animadas, com os valores de 12,5% e 2,5%, respectivamente, para os grupos controle e intervenção.



TABELA 19 - Distribuição das mulheres, segundo a sensação de incômodo após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Incomodada	Grupo				p
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Nada	4	10,0	11	27,5	0,083
Um pouco	32	80,0	29	72,5	0,600
Moderadamente	4	10,0	0	0,0	0,116
Bastante	0	0,0	0	0,0	
Excessivamente	0	0,0	0	0,0	
Total	40	100,0	40	100,0	

Os dados da tabela demonstram que nenhuma mulher referiu se sentir bastante ou excessivamente incomodada. Quatro mulheres do grupo-controle afirmaram que se sentiam moderadamente incomodadas, não sendo identificado tal fato no grupo-intervenção.

A maioria das mulheres, tanto do grupo-controle (80%), como do grupo-intervenção (72,5%), demonstraram que estavam um pouco incomodadas após a realização da mastectomia, não sendo observada, dessa forma, diferença significativa entre os dois grupos.

TABELA 20 - Distribuição das mulheres, segundo a sensação de tensão após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Tensa	Grupo				P	RR contro/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Nada	17	42,5	28	70,0	0,024	0,607	[0,401 ; 0,918]
Um pouco	22	55,0	12	30,0	0,041	1,833	[1,058 ; 3,178]
Moderadamente	1	2,5	0	0,0	1,000		
Bastante	0	0,0	0	0,0			
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

A maioria das mulheres do grupo intervenção (28), correspondendo ao percentual de 70%, apresentavam-se nada tensas, enquanto no grupo-controle esse percentual foi de 42,5%, ou seja, 17 mulheres. Observou-se diferença significativa entre os grupos ( $p=0,024$ ) e um RR igual a 0,607 (IC = [0,401; 0,918]).

Por outro lado, a maioria das mulheres do grupo-controle (55%) se encontrava um pouco tensa, quando comparada ao grupo-intervenção (30%). Existe diferença significativa entre os grupos ( $p=0,041$ ), com um RR do grupo-controle comparado ao grupo-intervenção igual a 1,8333 (IC = [1,058; 3,178]).

TABELA 21 - Distribuição das mulheres, segundo a demonstração de tristeza após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Triste	Grupo				P	RR contro/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervençã o				
	N	%	N	%			
Nada	17	42,5	27	67,5	0,042	0,630	[0,414 ; 0,958]
Um pouco	20	50,0	13	32,5	0,173		
Moderadamente	3	7,5	0	0,0	0,241		
Bastante	0	0,0	0	0,0			
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

Analisando a tabela acima, observa-se que a maioria das mulheres do grupo intervenção (27), correspondendo a 67,5%, se encontrava nada triste. Esse fato foi mencionado por 17 mulheres do grupo-controle (42,5%). Há, assim, uma diferença significativa entre os grupos ( $p=0,042$ ), com um  $RR=0,630$ .

Destaca-se o fato de que 50% das mulheres do grupo-controle referiu se sentir um pouco triste, sensação demonstrada por 13 mulheres do grupo-intervenção (32,5%), não sendo observada diferença significativa entre os valores citados.

TABELA 22 - Distribuição das mulheres, segundo a presença de fadiga após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Fadigada	Grupo				P	RR contro/ interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Nada	30	75,0	38	95,0	0,025	0,789	[0,651 ; 0,957]
Um pouco	10	25,0	2	5,0	0,025	5,000	[1,169 ; 21,391]
Moderadamente	0	0,0	0	0,0			
Bastante	0	0,0	0	0,0			
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

No grupo-intervenção, 38 mulheres (95%) demonstraram se sentir nada fadigadas, enquanto no grupo-controle essa sensação foi referida por 30 mulheres (75%), o que leva a crer-se que há diferença significativa ( $p=0,025$ ) entre os valores, sendo o RR do grupo-controle comparado com o grupo-intervenção igual a 0,789 (IC = [0,651; 0,957]).

Enfatiza-se o fato de que dez mulheres do grupo-controle (25%) referiram que se sentiam um pouco fadigadas, contra apenas duas mulheres do grupo-intervenção (5%). Percebe-se uma diferença significativa entre os grupos nesse aspecto ( $p=0,025$ ), com um RR=5,000 (IC = [1,169; 21,391]).

Vale ressaltar que não foram encontradas respostas que comprovassem a existência de fadiga de intensidade bastante, moderada ou excessiva.

TABELA 23 - Distribuição das mulheres, segundo o fato de se sentir ou não ativa, após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Ativa	Grupo				P	RR contro/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Nada	0	0,0	0	0,0			
Um pouco	13	32,5	3	7,5	0,010	4,333	[1,336 ; 14,052]
Moderadamente	27	67,5	26	65,0	1,000		
Bastante	0	0,0	11	27,5	<0,001	Não possível calcular	
Excessivamente	0	0,0	0	0,0			
Total	40	100,0	40	100,0			

Não foi identificada diferença significativa entre o número de mulheres de ambos os grupos que referiram se sentirem moderadamente ativas, sendo representadas por 27 mulheres do grupo-controle (67,5%) e 26 mulheres (65%) do grupo-intervenção.

Em relação a sentir-se um pouco ativa, encontraram-se 13 mulheres no grupo-controle (32,5%) e apenas três mulheres (7,5%) no grupo-intervenção, sendo observada diferença significativa ( $p=0,010$ ), com um  $RR=4,333$ .

Não foi identificada, todavia, resposta por parte de nenhuma mulher do grupo controle que indicasse estar bastante ativa, sendo no grupo-intervenção mencionada tal sensação por 11 mulheres (27,5%), o que leva a crer-se que há diferença significativa entre os grupos ( $p<0,001$ ).

TABELA 24 - Distribuição das mulheres em relação ao humor após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Mal-humorada	Grupo			
	Controle		Intervenção	
	N	%	N	%
Nada	40	100,0	40	100,0
Um pouco	0	0,0	0	0,0
Moderadamente	0	0,0	0	0,0
Bastante	0	0,0	0	0,0
Excessivamente	0	0,0	0	0,0
Total	40	100,0	40	100,0

Não foram encontradas respostas, por parte das mulheres, que indicassem a presença de mau-humor. Todas as mulheres, incluindo grupo-controle e grupo-intervenção, referiram que não se achavam nada mal-humoradas.

Abaixo, no quadro 2, pode-se visualizar os valores descritivos da escala de POOMS, de ambos os grupos.

QUADRO 2 - Valores Descritivos da escala de POMS.

<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>
	<b>DEPRESSÃO</b>					
<b>Controle</b>	40	1,28	1,037	0	1	4
<b>Intervenção</b>	40	0,55	0,846	0	0	3
	<b>VIGOR</b>					
<b>Controle</b>	40	5,33	1,095	3	6	7
<b>Intervenção</b>	40	7,00	1,359	3	7	9
	<b>RAIVA</b>					
<b>Controle</b>	40	1,60	0,709	0	2	3
<b>Intervenção</b>	40	1,18	0,781	0	1	3
	<b>TENSÃO</b>					
<b>Controle</b>	40	1,58	1,01	0	2	4
<b>Intervenção</b>	40	0,85	0,77	0	1	2
	<b>FADIGA</b>					
<b>Controle</b>	40	1,23	1,121	0	1	3
<b>Intervenção</b>	40	0,33	0,694	0	0	2
	<b>Índice Geral de Alteração Emocional</b>					
<b>Controle</b>	40	9,35	3,175	4	9	20
<b>Intervenção</b>	40	4,90	2,827	0	4	11

O grupo-intervenção apresenta um índice de alteração emocional menor em relação ao grupo-controle, o que pode comprovar a importância da orientação de enfermagem no pós-operatório imediato de mastectomia.

Quando se verifica se, em média, os grupos diferem em relação à escala de POMS, encontra-se o seguinte:

QUADRO 3 - Teste de Mann-Whitney. Comparação dos grupos em relação aos escores médios das escalas do POMS.

<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>media</b>	<b>Dp</b>	<b>P</b>
	<b>DEPRESSÃO</b>			
<b>Controle</b>	40	1,28	0,164	0,001
<b>Intervenção</b>	40	0,55	0,134	
	<b>VIGOR</b>			
<b>Controle</b>	40	5,33	0,173	< 0,001
<b>Intervenção</b>	40	7,00	0,215	
	<b>RAIVA</b>			
<b>Controle</b>	40	1,60	0,112	0,022
<b>Intervenção</b>	40	1,18	0,123	
	<b>TENSÃO</b>			
<b>Controle</b>	40	1,58	0,160	0,001
<b>Intervenção</b>	40	0,85	0,122	
	<b>FADIGA</b>			
<b>Controle</b>	40	1,23	0,177	< 0,001
<b>Intervenção</b>	40	0,33	0,110	
	<b>Índice Geral de Alteração Emocional</b>			
<b>Controle</b>	40	9,35	0,502	< 0,001
<b>Intervenção</b>	40	4,90	0,447	



Pelo quadro 3, existe diferença significativa entre os grupos em relação a: **escore médio da depressão,  $p=0,001$** , onde, segundo os dados observados, em média, o grupo-controle possui um escore médio da depressão **superior** ao do grupo-intervenção.

**Escore médio do vigor,  $p<0,001$** , onde, segundo os dados observados, em média o grupo-controle possui um escore médio do vigor **inferior** ao do grupo-intervenção.

**Escore médio da cólera,  $p=0,022$** , onde, segundo os dados observados, em média o grupo-controle possui um escore médio da cólera **superior** ao do grupo-intervenção.

**Escore médio da tensão,  $p=0,001$** , onde, segundo os dados observados, em média o grupo-controle possui um escore médio da tensão **superior** ao do grupo-intervenção.

**Escore médio da fadiga,  $p<0,001$** , onde, segundo os dados observados, em média o grupo-controle possui um escore médio da fadiga **superior** ao do grupo-intervenção.

**Escore médio da alteração do emocional geral,  $p<0,001$** , onde, segundo os dados observados, em média, o grupo-controle possui um escore médio da alteração do emocional geral **superior** ao do grupo-intervenção.

### 4.3 Aspectos sociais

No que se refere aos aspectos sociais, foi observado o relacionamento da mulher tanto com a família como com os amigos, após a cirurgia, a fim de verificar alterações positivas ou negativas. A tabela 28 ilustra as alterações relativas ao relacionamento da mulher com a família.

TABELA 25 - Distribuição das mulheres, segundo o relacionamento com a família, após a cirurgia. Fortaleza, 2006.

Relacionamento com a família	Grupo				P	RR cont/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Melhorou depois da cirurgia	10	25,0	19	47,5	0,062		
Não mudou em nada	29	72,5	19	47,5	0,039	1,526	[1,046 ; 2,227]
Isolei-me para não preocupar a família	0	0,0	0	0,0			
Piorou	1	2,5	2	5,0	1,000		
Total	40	100,0	40	100,0			

No grupo-intervenção, 19 mulheres (47,5%) mencionaram que o relacionamento com a família melhorou após a cirurgia, o que foi relatado no grupo-controle por dez mulheres (25%).

Não ocorreram mudanças no relacionamento familiar, segundo 29 mulheres (72,5%) do grupo-controle, fato relatado por 19 mulheres (47,5%) do grupo-intervenção, o que demonstra uma diferença significativa entre os grupos ( $p=0,039$ ) nesse aspecto. Como referido anteriormente, porém, as mudanças positivas no relacionamento ocorreram em menor proporção no grupo-controle.

É importante frisar que uma pequena proporção de mulheres, uma no grupo-controle (2,5%) e duas no grupo-intervenção (5%) afirmaram que ocorreram mudanças negativas no relacionamento familiar, ou seja, o relacionamento piorou, entretanto não há diferença significativa entre os grupos.

Em se tratando do relacionamento da mulher com os amigos, os dados estão demonstrados na tabela a seguir.

TABELA 26 - Distribuição das mulheres, segundo o relacionamento com os amigos, após a cirurgia. Fortaleza, 2006.

Relacionamento com os amigos	Grupo				p
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Melhorou depois da cirurgia	5	12,5	8	20,0	0,546
Não mudou em nada	32	80,0	30	75,0	0,790
Isolei-me para não preocupar	1	2,5	1	2,5	1,000
Piorou	2	5,0	1	2,5	1,000
Total	40	100,0	40	100,0	

Observa-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos. As mulheres, em sua maioria, referiram que o relacionamento não mudou em nada, com os percentuais de 80% no grupo-controle e 75% no grupo-intervenção. Relataram mudanças positivas no relacionamento cinco mulheres do grupo-controle (12,5%) e oito mulheres do grupo-intervenção (20%). Mudanças negativas ocorreram em menor proporção, pois uma mulher de cada grupo referiu que se isolou para não preocupar os amigos; duas do grupo-controle e uma do grupo-intervenção expressaram que o relacionamento com os amigos piorou.

#### 4.4 Aspectos fisiológicos

Uma questão abordada no estudo diz respeito aos aspectos fisiológicos das mulheres de ambos os grupos, após uma média de 40 dias da cirurgia. Com o intuito de comparar os grupos, foram observados os hábitos alimentares, o desenvolvimento de atividades físicas e o tempo dedicado ao sono e repouso.

TABELA 27 - Distribuição das mulheres, segundo as mudanças ocorridas nos hábitos alimentares após a cirurgia. Fortaleza, 2006.

Hábitos Alimentares	Grupo				P	RR contr/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Não se preocupou com a alimentação	0	0,0	0	0,0			
Diminuiu o consumo de alimentos que podem não ser bons	38	95,0	21	52,5	<0,001	1,810	[1,336 ; 2,450]
Deixou de consumir alimentos que podem não ser bons	2	5,0	19	47,5	<0,001	0,105	[0,026 ; 0,422]
Total	40	100,0	40	100,0			

Pode-se observar, pelos dados da tabela, que não houve, por parte das mulheres de nenhum dos grupos, falta de preocupação em relação aos hábitos alimentares, sendo manifestados cuidados com a ingestão de determinados alimentos, que, conforme a cultura popular, podem ser prejudiciais.

Dessa forma, 38 mulheres do grupo-controle (95%) mencionaram que diminuíram o consumo de alimentos que podiam não ser bons, enquanto no grupo-intervenção foram 21 mulheres (52,5%), o que leva a crer-se que há diferença significativa entre os grupos ( $p < 0,001$ ), com um RR=1,810 (IC = [1,336; 2,450]).

Por outro lado, dezenove mulheres do grupo-intervenção (47,5%) referiram que deixaram de consumir alimentos que podiam não ser bons, contra apenas duas mulheres do grupo-controle (5%), havendo diferença significativa ( $p < 0,001$ ).

TABELA 28 - Distribuição das mulheres, segundo a retomada de atividades físicas após a cirurgia. Fortaleza, 2006.

Atividade Física	Grupo				P	RR contr/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Evita realizar por medo	14	35,0	2	5,0	0,001	7,000	[1,700 ; 28,824]
Retomou algumas, mas com dúvidas	23	57,5	15	37,5	0,117		
Realiza as que beneficiam a recuperação segundo orientações	3	7,5	23	57,5	<0,001	0,130	[0,043 ; 0,400]
Total	40	100,0	40	100,0			

A maioria das mulheres do grupo-intervenção (57,5%) relatou que realizavam atividades que beneficiassem sua recuperação, conforme orientado, sendo citado por apenas três mulheres do grupo-controle (7,5%). Nota-se, aqui, diferença significativa entre as respostas dos grupos ( $p < 0,001$ ), com um RR do grupo-controle em relação ao grupo-intervenção igual a 0,130 (IC = [0,043; 0,400]).

A maioria das mulheres do grupo-controle (23), correspondendo a 57,5%, evidenciou a retomada de algumas atividades, mas elas manifestaram dúvidas. Em relação ao grupo-intervenção, 15 mulheres (37,5%) ainda apresentavam dúvidas nesse aspecto.

É comum a limitação de atividades físicas por algumas mulheres, após a mastectomia, o que pode estar associado ao medo. Foram identificadas 14 mulheres do grupo-controle (35%) e apenas duas do grupo-intervenção (5%) que evitavam realizar atividades físicas por medo, havendo diferença significativa entre os grupos ( $p = 0,001$ ), com um RR= 7,000 (IC = [1,700; 28,824]).

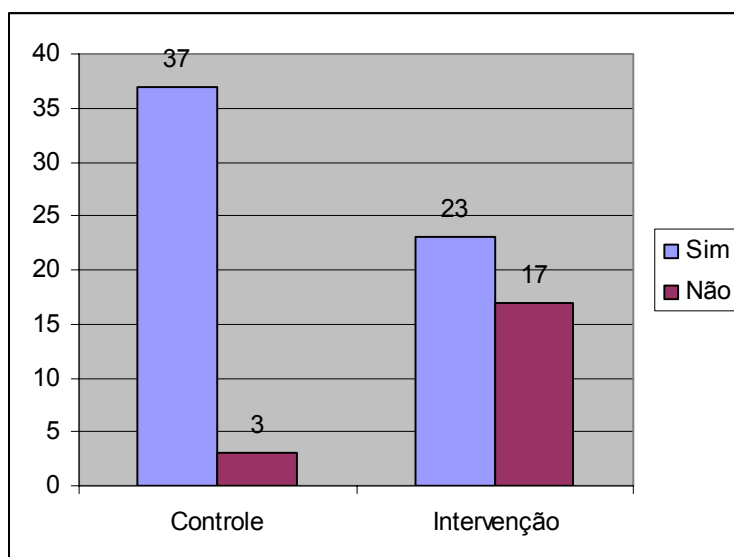
TABELA 29 - Distribuição das mulheres, segundo o tempo dedicado ao sono e repouso, após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Dedica tempo suficiente ao sono e repouso	Grupo				P
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Não	8	20,0	10	25,0	0,790
Sim	32	80,0	30	75,0	
Total	40	100,0	40	100,0	

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que se refere ao tempo dedicado ao sono e ao repouso. A maioria das mulheres ressaltou que dedicava tempo suficiente ao sono e repouso, com os percentuais de 80% e 75%, respectivamente, grupo-controle e grupo-intervenção.

Oito mulheres (20%) do grupo-controle e dez mulheres (25%) do grupo-intervenção, entretanto, disseram que não dedicavam tempo suficiente ao sono e ao repouso.

Outro parâmetro utilizado para observar a recuperação das mulheres mastectomizadas refere-se às complicações após a cirurgia, conforme demonstrado no gráfico a seguir.



**FIGURA 2 - Distribuição das mulheres, segundo a ocorrência de complicações. Fortaleza, 2006.**

De acordo com o gráfico, vê-se que em sua maioria as mulheres, 37 (92,5%) do grupo-controle e 23 (57,5%) do grupo-intervenção, apresentaram complicações após a realização do procedimento cirúrgico. Nota-se uma proporção bem maior de complicações cirúrgicas entre as pacientes do grupo-controle.

As complicações, segundo a ordem de ocorrência, estão listadas a seguir.

QUADRO 4 - Distribuição das mulheres, segundo as complicações cirúrgicas.

Fortaleza, 2006.

Complicações Pós – Cirúrgicas	Grupo				P
	Controle		Intervenção		
	N	%	N	%	
Sinais de infecção na ferida cirúrgica	10	25,0	4	10,0	0,139
Deiscência	5	12,5	2	5,0	0,432
Seroma	22	55,0	17	42,5	0,371

O seroma foi a complicação cirúrgica mais freqüente entre as mulheres, tendo afetado 55% do grupo-controle e 42,5% do grupo-intervenção, seguido de sinais de infecção na ferida cirúrgica, com o percentual de 25% no grupo-controle e 10% no grupo-intervenção. Não houve diferença significativa entre os grupos.

As dificuldades das mulheres em relação ao manuseio do dreno de portovac foram analisadas, sendo expostas na tabela a seguir.

TABELA 30 - Distribuição das mulheres, segundo a presença das dificuldades com o manuseio do dreno de portovac após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Dificuldade com o Dreno	Grupo				P	RR contro/ Interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Não	26	68,4	37	92,5	0,009	0,740	[0,586 ; 0,934]
Sim	12	31,6	3	7,5		4,211	[1,288 ; 13,767]
Total	38	100,0	40	100,0			

Observou-se que o grupo-intervenção apresentou menos dificuldade para manusear o dreno de portovac (7,5%), quando comparado ao grupo-controle (31,6%), o que leva a crer-se que há diferença significativa ( $p=0,009$ ) entre os grupos, com um  $RR=0,740$  (IC = [0,586; 0,934]).



Foram verificadas as complicações cirúrgicas, em valores descritivos, comparando os dois grupos, controle e intervenção.

QUADRO 5 - Valores descritivos das complicações pós-cirúrgicas Fortaleza, 2006.

Grupo	N	Média	Dp	Mínimo	Mediana	Máximo
	Nº de Complicações Pós – Cirúrgica					
<b>Controle</b>	40	0,930	0,888	0	1	3
<b>Intervenção</b>	40	0,580	0,712	0	0	3
	Tempo (dias) de Permanência com o Dreno					
<b>Controle</b>	38	6,890	3,203	3	6,0	17
<b>Intervenção</b>	40	7,380	2,415	3	7,5	13

QUADRO 6 - Teste de Mann-Whitney, Comparação dos grupos.

Grupo	N	media	ep	P
	Nº de Complicações Pós – Cirúrgica			
<b>Controle</b>	40	0,93	0,140	0,071
<b>Intervenção</b>	40	0,58	0,113	
	Tempo (dias) de Permanência com o Dreno			
<b>Controle</b>	38	6,89	0,520	0,138
<b>Intervenção</b>	40	7,38	0,382	

Pelo quadro 6, existe indício,  $p=0,071$ , de diferença significativa no número médio de complicações pós - cirúrgica entre os grupos, sendo que, em média, o grupo-controle possui um valor superior ao do grupo-intervenção no número de complicações.

Vale destacar que o tempo médio de permanência do dreno no grupo-intervenção foi de 6,89 dias e no grupo-controle foi de 7,38 dias.

O quadro 7 enumera as atitudes negativas em relação aos cuidados com o braço, comparando os grupos.

QUADRO 7 - Desenvolvimento de atitudes negativas no cuidado com o braço, após a mastectomia. Fortaleza, 2006.

Atitudes negativas	Grupo				P	RR contro/ interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Não realiza atividades rotineiras (pentear-se, escovar dentes)	2	5,0	0	0,0	0,494		
Necessita de ajuda p/ tais atividades	6	15,0	2	5,0	0,263		
Realiza atividades de risco	2	5,0	4	10,0	0,675		
Não utiliza proteção p/ tais atividades	0	0,0	0	0,0			
Usa roupas apertadas	0	0,0	0	0,0			
Não evita exposição do braço ao sol	1	2,5	1	2,5	1,000		
Mede a PA ou toma injeções no braço	0	0,0	0	0,0			
Tira a cutícula das unhas	7	17,5	3	7,5	0,311		
Carrega peso	2	5,0	0	0,0	0,494		
Não protege a pele contra ressecamento	20	50,0	8	20,0	0,009	2,500	[1,250 ; 4,999]
Depila a axila com "gilete"	7	17,5	6	15,0	1,000		
Não se previne contra picadas de insetos	14	35,0	4	10,0	0,014	3,500	[1,261 ; 9,717]

Todas as mulheres do grupo-intervenção afirmaram que realizavam atividades rotineiras, enquanto duas do grupo-controle (5%) evitavam realizá-las.

Quanto à realização de atividades de risco (jardinagem, cozinha e costura), duas mulheres do grupo-controle (5,0%) e quatro do grupo-intervenção (10%) disseram que realizavam estas atividades, sendo, porém, salientado o uso de proteção para tais atividades.

Destaca-se o fato de que sete mulheres do grupo-controle (17,5%) e três do grupo-intervenção (7,5%) expressaram que tiravam a cutícula das unhas do braço do lado da cirurgia. Quanto à depilação da axila com "gilete", sete mulheres do grupo-

controle (17,5%) e seis do grupo-intervenção (15%) realizavam tal ação. Não existe diferença significativa entre os grupos.

No grupo-controle, 20 mulheres (50%) referiram que não protegiam a pele, enquanto no grupo-intervenção foram oito mulheres (20%). Existe diferença significativa entre os valores nos dois grupos ( $p=0,009$ ), com um RR do grupo-controle em relação ao grupo-intervenção igual a 2,5000 (IC = [1,250; 4,999]).

No que se refere à prevenção contra picadas de insetos no braço do lado operado, no grupo-controle foram encontradas 14 pacientes (35%) que não se precavam, quando comparado a quatro (10%) no grupo-intervenção. Percebeu-se, aqui, diferença significativa ( $p=0,014$ ), com um RR=3,500 (IC = [1,261; 9,717]).

As mulheres de ambos os grupos apresentaram dúvidas relacionadas a determinados cuidados, conforme observado no quadro a seguir.

QUADRO 8 - Dúvidas quanto ao cuidado com o braço. Fortaleza, 2006.

Dúvidas	Grupo				P	RR contro/ interv	IC para o RR com 95% de Confiança
	Controle		Intervenção				
	N	%	N	%			
Realização de atividades rotineiras	7	17,5	0	0,0	0,012	Impossível de calcular	
Realização de atividades de risco	7	17,5	0	0,0	0,012	Impossível de calcular	
Uso de roupas apertadas	9	22,5	0	0,0	0,002	Impossível de calcular	
Exposição do braço ao sol	14	35,0	1	2,5	<0,001	14,000	[ 1,931 ; 101,48 ]
Aferição de PA/Administração de injeções no braço	28	70,0	6	15,0	<0,001	4,667	[ 2,171 ; 10,030 ]
Retirada de cutícula das unhas	25	62,5	4	10,0	<0,001	6,250	[ 2,393 ; 16,326 ]
Carregar peso	2	5,0	1	2,5	1,000		
Proteção da pele contra ressecamento	29	72,5	7	17,5	<0,001	4,143	[ 2,059 ; 8,338 ]
Depilação da axila com "gilete"	22	55,0	3	7,5	<0,001	7,333	[ 2,384 ; 22,562 ]
Prevenção de picadas de insetos	22	55,0	5	12,5	<0,001	4,400	[ 1,850 ; 10,466 ]

As mulheres do grupo-controle apresentaram dúvidas relativas a todos os aspectos em proporção maior do que as do grupo-intervenção, conforme observado no quadro.

As diferenças mais significativas referem-se a proteção da pele contra ressecamento, com 29 mulheres do grupo-controle (72%) e sete (17,5%) do grupo-intervenção; aferição de PA e administração de injeções no braço do lado da mama operada, com 28 pacientes do grupo-controle (70%) e apenas seis do grupo-intervenção (15%); retirada de cutícula, citadas por 25 mulheres (62,5%) do grupo controle e quatro (10%) do grupo intervenção; depilação da axila com "gilete" e prevenção contra picadas de insetos despertaram dúvidas em 22 (55%) das mulheres do grupo-controle cada e, respectivamente, três (7,5%) e cinco (12,5%) do grupo-intervenção.

Os quadros que seguem apresentam, de forma comparativa, os aspectos negativos relacionados aos cuidados com o braço, bem como as dúvidas quanto a tais cuidados.

QUADRO 9 - Valores descritivos por grupo. Fortaleza 2006.

Grupo	n	Media	dp	Mínimo	mediana	máximo
	Total de aspectos negativos no cuidado com o braço					
<b>Controle</b>	40	1,53	1,20	0	1,0	4
<b>Casos</b>	40	0,70	0,82	0	0,5	3
	Total de dúvidas no cuidado com o braço					
<b>Controle</b>	40	4,13	2,07	0	4,0	8
<b>Casos</b>	40	0,68	1,05	0	0,0	3

QUADRO 10 - Teste de Mann-Whitney. Comparação dos grupos. Fortaleza 2006.

Grupo	N	Media	ep	P
	Total de aspectos negativos no cuidado com o braço			
<b>Controle</b>	40	1,53	0,19	0,001
<b>Casos</b>	40	0,70	0,13	
	Total de dúvidas no cuidado com o braço			
<b>Controle</b>	40	4,13	0,33	<0,001
<b>Casos</b>	40	0,68	0,17	

Destaca-se, mais uma vez, o fato de que o grupo-intervenção adotou de modo mais intenso atitudes positivas quanto aos cuidados com o braço após a mastectomia, bem como apresentou dúvidas em relação a tais cuidados em menor intensidade do que o grupo controle.

## 5 DISCUSSÃO

A faixa etária das mulheres participantes do estudo foi observada, a fim de mensurar a predominância do câncer de mama entre as diversas faixas etárias.

Em virtude da sua alta frequência e, principalmente, pelos efeitos psicológicos que costuma ocasionar, afetando a auto-imagem, o câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, sendo raro antes dos 35 anos de idade, mas com sua incidência crescendo rápida e progressivamente acima dessa idade (BRASIL, 2006).

Boff et al. (2006) acentuam que o câncer de mama é a neoplasia mais freqüente na população feminina, atingindo, principalmente, mulheres com idade acima de 40 anos.

No estudo a faixa etária predominante entre as mulheres dos dois grupos foi a de 36 a 68 anos, não havendo diferença significativa em relação a essa variável. Foram identificadas, ainda, mulheres que se encontravam com idade inferior a 40 anos e, com menor frequência, com menos de 35 anos.

A maioria das mulheres participantes do estudo, seja do grupo-intervenção ou do grupo-controle, era procedente do interior, o que pode indicar que a deficiência de exames mais especializados, como, por exemplo, a mamografia, na maioria das cidades do interior do Estado, dificulta o diagnóstico mais precoce da doença mamária.

Em relação ao estado civil, a maioria das mulheres era de casadas, não sendo identificada diferença significativa entre os dois grupos nesse aspecto.

Quanto a escolaridade, não foi observada diferença significativa entre os grupos. Percebe-se grande número de mulheres com pouca ou nenhuma escolaridade, uma vez que havia nos dois grupos mulheres analfabetas ou apenas alfabetizadas. Vale destacar que a maioria das mulheres de ambos os grupos não possuía o ensino fundamental completo. Os dados corroboram o estudo de Gozzo (2005), em que a maioria das mulheres, também, não havia concluído o ensino fundamental.

No que concerne à ocupação, um percentual significativo se concentrava entre as donas de casa. Outras ocupações estiveram presentes, entre as quais se mencionam: agricultora, costureira, doméstica, professora e vendedora.

A mastectomia radical modificada, associada ao esvaziamento axilar foi o procedimento mais freqüente entre as mulheres de ambos os grupos. Destaca-se que a

implementação de procedimentos cirúrgicos mais radicais está associada ao estágio em que a doença se encontra no momento do diagnóstico. De acordo com Abreu e Koifman (2002), na maioria das instituições de câncer, a doença é diagnosticada em estádios avançados, sendo que os estadiamentos III e IV chegam a corresponder a cerca de 60% dos diagnósticos iniciais.

O número de casos de câncer de mama identificados nos estádios iniciais da doença é muito reduzido, tornando a mastectomia com linfadenectomia axilar uma intervenção freqüente (MEDEIROS; NUNES, 2001).

No que se refere à lateralidade do tumor, no grupo-controle o lado mais afetado foi o esquerdo, enquanto no grupo-intervenção o lado predominante foi o direito. Considerando-se, porém, o número total de mulheres, o lado esquerdo foi o mais afetado.

Em estudo realizado por Panobianco e Mamede (2002), em que buscaram conhecer aspectos relacionados ao câncer de mama, as autoras verificaram uma freqüência maior de neoplasia na mama esquerda. Por outro lado, Padrón et al. (2002), em uma pesquisa com mulheres com câncer de mama, observaram que o lado direito foi o mais afetado.

É importante enfatizar que os tumores estiveram mais freqüentemente localizados no quadrante superior externo, seguido do quadrante superior interno. Tal fato demonstra a prevalência de localização no quadrante superior, coincidindo com o estudo de Padrón et al. (2002), que apontaram uma freqüência maior de localização dos tumores no quadrante superior externo, com 28% dos casos.

No que diz respeito ao diagnóstico, o mais comum entre as mulheres do estudo, envolvendo grupo-controle e grupo-intervenção, foi o carcinoma ductal infiltrante. O carcinoma pouco diferenciado ocupou o segundo lugar.

As formas mais comuns de carcinoma de mama incluem o carcinoma ductal infiltrante e o carcinoma lobular infiltrante, na sua apresentação pura ou em combinação com outros tipos de tumores (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Em relação ao carcinoma ductal infiltrante, os dados corroboram o estudo de Abreu e Koifman (2002). Em segundo lugar, porém, o principal diagnóstico foi

representado pelo carcinoma pouco diferenciado. O carcinoma lobular infiltrante ficou em quarto lugar dos diagnósticos entre as pacientes do estudo.

No que tange aos aspectos emocionais relacionados à mastectomia, foi aplicada aos dois grupos de mulheres uma escala denominada Escala de POMS – Profile of Mood States (Lorr e Macnair, 1984), para a avaliação de aspectos emocionais e sua intensidade de ocorrência.

Nenhuma das mulheres do grupo-intervenção demonstrou estar moderadamente ou bastante intranquã em relação à mastectomia, o que foi observado em algumas mulheres do grupo-controle. Foi observada diferença significativa quando as mulheres declararam estar nada intranquãs, com um percentual significativo de mulheres do grupo-intervenção e um número bem menor no grupo-controle.

Compreende-se que a orientação de enfermagem direcionada às mulheres do grupo, no pós-operatório, contribuiu para melhor resposta, ou seja, elas apresentaram-se mais tranqüilas, apesar de ainda haver um número considerável de pacientes desse grupo que se encontrava um pouco intranquã (55%), o que pode ser atribuído ao fato do medo do câncer, doença considerada fatal e quase sempre associada à morte.

É importante destacar o fato de que, por ser o câncer de mama uma doença que abala a estrutura emocional da mulher, em virtude de a mama ser valorizada como um dos atributos de maior importância para a beleza feminina, ela geralmente se apresenta com medo do desconhecido, receio da reação das pessoas e do companheiro e, principalmente, com medo de não ficar curada.

As mulheres com câncer de mama enfrentam momentos e períodos difíceis: a descoberta do nódulo, muitas vezes feita por ela própria; a dúvida em relatar ou não à família o que está acontecendo; o momento em que fazem tal relato; a procura pelo serviço médico; a realização dos exames diagnósticos; a espera pelos resultados dos exames; a confirmação do diagnóstico de câncer; o período pré-operatório; os tratamentos neo-adjuvantes e adjuvantes (quimioterapia e radioterapia); a cirurgia; a possibilidade de complicações; e a incerteza da recorrência da doença (PANOBIANCO, 2002).



Nesse sentido, não raramente, as portadoras de neoplasias apresentam-se bastante abaladas emocionalmente, manifestando reações diversas, entre as quais estão: a raiva, a intranqüilidade, o medo e a ansiedade.

Observa-se que, em geral, o grupo-intervenção, quando comparado ao grupo-controle, apresenta melhor resposta, quando considerada a sensação de desamparo. Durante a orientação de enfermagem realizada às mulheres do grupo-intervenção, buscou-se valorizar as relações familiares e com os amigos, para o melhor enfrentamento do problema.

O apoio oferecido pela família funciona como propulsor de forças para a mulher retomar sua vida. Dessa forma, a integridade do relacionamento familiar é essencial na recuperação e readaptação física, emocional e social da pessoa que está vivenciando uma situação de agravos à saúde, como é o caso do câncer de mama (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

É válido destacar o fato de que as mulheres do grupo-intervenção apresentaram uma resposta mais eficaz no que se refere à presença de forças para enfrentar a situação de ser mastectomizada, fato que pode estar intimamente relacionado à orientação de enfermagem realizada a esse grupo, enquanto o grupo-controle recebeu apenas a orientação de rotina.

Duarte e Andrade (2003) identificaram em um estudo que as mulheres mastectomizadas valorizam bastante as informações e orientações acerca do câncer de mama, seja por parte de profissionais de saúde ou por pessoas que já vivenciaram a doença, sendo consideradas fundamentais para diminuir a ansiedade e o medo ante o diagnóstico e os tratamentos.

Observou-se que as mulheres inseridas no grupo-intervenção apresentaram-se com mais energia após a mastectomia, quando comparadas às mulheres do grupo-controle.

É importante ressaltar que, durante a orientação realizada às mulheres do grupo-intervenção, buscou-se valorizar a importância de retomar as atividades rotineiras, de maneira gradual, respeitando os limites impostos pela cirurgia, ou seja, a mulher era estimulada a realizar atividades que lhe causassem satisfação, a fim de contribuir para a recuperação e despertar energia, vontade de “ficar boa”.

De um modo geral, as mulheres de ambos os grupos apresentavam-se um chateadas, o que é justificável, em virtude do impacto que o câncer de mama costuma causar. Não foram observadas, porém, diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação aos sentimentos manifestados nesse aspecto.

Considerando o caso concreto de ter um câncer, a pessoa deve fazer frente a uma situação estressante que pode se desenvolver pelos efeitos físicos e psicológicos, associados ao diagnóstico e aos tratamentos. O câncer de mama significa uma ameaça ao bem-estar e uma considerável fonte de dano pessoal no plano da auto-imagem, do rendimento, desenvolvimento de tarefas, relação interpessoal e sexualidade (BARÉZ, 2002).

Apesar do fato de a mastectomia representar uma cirurgia que abala emocionalmente a mulher, geralmente lhe afetando a sua auto-estima, não foram demonstrados sentimentos de infelicidade de intensidade moderada, bastante ou excessiva.

Em linhas gerais, nota-se que a infelicidade não foi um sentimento que esteve presente de forma marcante entre as mulheres enfocadas no estudo, talvez porque muitas preferiam se apegar à força de vontade para ficar curadas, sendo fundamental, dessa forma, buscar a esperança e a confiança como fatores fundamentais nesse momento.

Quando questionadas em relação à sensação de cansaço, nenhuma das mulheres, seja do grupo-controle ou intervenção, referiu que se sentia moderadamente, bastante ou excessivamente cansada.

Foi observada diferença estatisticamente significativa associada à demonstração de cansaço relacionado à mastectomia, visto que um percentual bem maior de mulheres do grupo-intervenção não referiu cansaço.

Notou-se, pelos resultados, que as mulheres que receberam a orientação de enfermagem diferenciada apresentaram uma resposta no aspecto presença de desânimo, traduzido por maior demonstração de animação, de vontade de continuar vivendo.

Bárez (2002) argumenta que, ante o diagnóstico de uma doença grave, que ameaça a vida da pessoa ou compromete sua autonomia, são manifestadas reações

psicológicas baseadas na ansiedade e na depressão. Nesses casos, rompe-se um curso de ação estável entre o indivíduo e o meio, criando-se comportamentos levados pela emoção, ocasionando um processo de vulnerabilidade e sensação de vítima. Quando isso ocorre, é necessária uma mudança ou nova adaptação que permita voltar a estabelecer uma relação instrumental efetiva com o meio. Voltar à normalidade implica adaptar-se ao sentimento de vulnerabilidade e ter sensação de controle sobre o evento negativo.

Nesse sentido, vale destacar a importância da orientação de enfermagem às pacientes mastectomizadas, pois elas se encontram, em geral, emocionalmente abaladas, sendo necessário, então, que sejam preparadas para melhor adaptação.

Gutiérrez et al. (2004) referem que a mastectomia é um tipo de cirurgia que demanda uma série de cuidados, os quais devem estar voltados para a recuperação física, emocional e social das mulheres que realizaram o procedimento cirúrgico.

Entende-se que a mastectomia é uma cirurgia complexa, capaz de abalar a estrutura física e emocional da mulher. Dessa forma, em sua maioria as mulheres de ambos os grupos se apresentavam um pouco incomodadas. Um percentual pequeno referiu não se sentir nem um pouco incomodada, ou seja, se sentiam totalmente bem, sem nenhum incômodo relacionado ao procedimento cirúrgico. Chama-se a atenção para o fato de o grupo-intervenção apresentar um número maior de mulheres que não se sentiam incomodadas, o que pode estar ligado à intervenção inicial, realizada no pós-operatório imediato a esse grupo.

Quando avaliadas em relação à presença de tensão, a maioria das mulheres do grupo-intervenção apresentava tensão em proporção significativamente menor do que as mulheres do grupo-controle.

Dessa forma, pode-se deduzir que o acompanhamento de enfermagem no pós-operatório contribui para a minimização dos sentimentos negativos. Medeiros e Nunes (2001) pesquisaram a influência de um vídeo de informação adicional a pacientes mastectomizadas, buscando conhecer o nível de ansiedade das pacientes, sendo trabalhados dois grupos (intervenção e controle). Segundo as autoras, os níveis de ansiedade mostraram-se mais elevados no grupo-controle, que não recebeu a orientação diferenciada.

Assim, Medeiros e Nunes (2001) assinalam que o procedimento de informação pode se tornar elemento valioso na melhora da condição de aspectos que influem diretamente no bem-estar das pacientes mastectomizadas.

Foi observada diferença significativa concernente à demonstração de tristeza, uma vez que, no grupo-controle, esse sentimento esteve presente com maior intensidade, quando comparado com o grupo-intervenção.

Para o ser humano, deparar-se com uma doença grave, que põe em risco sua vida, é um acontecimento estressante e difícil de enfrentar. As reações emocionais que freqüentemente aparecem e, em algumas ocasiões de maneira intensa, são a depressão e a ansiedade, as quais podem interferir no modo de enfrentamento e na recuperação (BÁREZ, 2002).

Nessa perspectiva, segundo Bárez (2002), pode-se afirmar que o câncer de mama representa uma situação em que está envolvida a tensão, em que a paciente deve enfrentar diferentes tipos de agentes estressores, tais como o diagnóstico, a intervenção cirúrgica mutilante e os tratamentos associados, cujos efeitos secundários costumam ser incapacitantes, alterando consideravelmente o bem-estar e a qualidade de vida.

Camargo e Souza (2003) ressaltam que a atenção à mulher mastectomizada tem como objetivo final capacitá-la para o autocuidado. Ordinariamente, no sistema de saúde do Brasil, que segue o modelo biomédico, envolver a paciente no autocuidado é compreendido apenas como o ato de dar-lhe informação e orientação acerca de sua patologia e seu tratamento, a respeito do que a equipe de saúde considera que ela deve cumprir para ajudar no tratamento e na recuperação.

A cliente deve ser vista como uma pessoa com questões e preocupações singulares. Portanto, a atuação das enfermeiras não se reduz a orientação e informação sobre sua doença e seus direitos à saúde, mas envolve também atuação no plano existencial (CAMARGO; SOUZA, 2003).

Foi identificada diferença estatisticamente significativa em relação à demonstração de fadiga, quando comparados os dois grupos, sendo que a maioria das mulheres, tanto do grupo-controle, quanto do grupo-intervenção, referiram não sentirem-se nem um pouco fadigadas.

As mulheres que receberam acompanhamento no pós-operatório imediato apresentavam-se mais ativas, após a cirurgia, quando comparadas àquela que receberam apenas o acompanhamento de rotina da Instituição. Elas demonstravam mais vontade de recuperação, para a retomada das atividades do cotidiano.

No que concerne ao humor, não foram observadas respostas, em nenhum dos grupos, que indicassem a existência de mau humor, ou seja, todas as mulheres mencionaram que se sentiam de bem com a vida, que não tinham percebido, até o momento, mudança significativa no seu humor.

Uma das maneiras encontradas pela portadora de câncer de mama que realiza a mastectomia para enfrentar melhor a situação é o bom humor. Não se pode negar que, na maioria das vezes, ela se encontra triste, chateada, tensa e, assim, utiliza como mecanismo de enfrentamento os relacionamentos interpessoais, valorizando as reuniões com amigos e familiares, dentre outros fatores, os quais contribuem para uma melhor readaptação.

Receber um diagnóstico de câncer e passar por um tratamento para este significa um evento estressante que afeta em diversas ocasiões as pessoas que padecem da doença, assim como à família. Assim, é fundamental o apoio emocional, o qual se refere às demonstrações de amor, carinho e de pertencer a um grupo. Implica o fato de poder falar com alguém sobre as preocupações e sentimentos negativos ocasionados pela doença. Envolve também o ato de ser ouvido, entendido, animado e cuidado. O suporte emocional pode ser dado pela família, amigos profissionais de saúde ou por outras pessoas que tenham passado pela mesma experiência. Teoricamente esse tipo de suporte é o que mais ajuda (BÁREZ; BLASCO; FERNANDÉZ, 2003).

É coerente expressar que as mudanças positivas no relacionamento familiar das mulheres após a mastectomia foram comprovadas com maior intensidade no grupo-intervenção. Esse resultado pode estar associado ao enfoque dado a este grupo no pós-operatório imediato, em que foram realizadas orientações às mulheres e, geralmente, estas se encontravam acompanhadas por algum familiar.

No momento da alta da paciente mastectomizada, o enfermeiro deve intervir diretamente no seu acompanhamento, orientando-a a respeito de manutenção de sua

autonomia, sendo fundamental envolver a família nessa orientação, uma vez que esta representa um apoio para a mulher, pois ela está afetada em sua esfera psicológica (PADRÓN et al. 2002).

Assim, convém enfatizar a importância da conscientização dos membros familiares mais próximos, objetivando o oferecimento de suporte por parte deles à mulher com câncer de mama, contribuindo para a minimização de comprometimentos futuros, ou amenizando os existentes, seja na esfera física e/ou emocional (PANOBIANCO, 2001).

Reforçando tal afirmação, Bergamasco e Ângelo (2001), baseados em um estudo, destacam que a família é vista pelas mulheres como apoio para não desistir, ao receberem palavras de encorajamento, ajuda física e emocional, principalmente quando os membros participam efetivamente das decisões e questões relacionadas ao tratamento.

Não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre os grupos, quando analisada a presença de mudanças no relacionamento com os amigos após a mastectomia. Segundo a maioria das mulheres, não ocorreram mudanças na relação com os amigos, sendo citada, também, por parte de algumas de ambos os grupos, a presença de mudanças positivas.

A mastectomia afeta não apenas a mulher, estendendo-se ao âmbito familiar, ao contexto social, inclusive ao seu grupo de amigos. Por ser uma cirurgia que produz alterações consideráveis no cotidiano da mulher, costuma influenciar o seu equilíbrio emocional, podendo incorrer em sentimentos negativos, como depressão, tristeza e isolamento social (MELO, 2001).

Bergamasco e Ângelo (2001) destacam que a experiência de passar por um câncer de mama é ampla e envolve diferentes momentos, com significados distintos, os quais envolvem implicações na vida diária e nas relações entre a mulher e as pessoas do seu contexto social.

É fundamental que a assistência de enfermagem inclua medidas para prevenir ou minimizar a angústia referida pela mulher diante do diagnóstico de câncer de mama. Tais medidas devem incluir a mobilização de suporte social após a cirurgia, a ênfase nas questões psicossociais após a alta hospitalar, assim como levantar as

necessidades de suporte informativo, a fim de facilitar o enfrentamento efetivo da doença (BERGAMASCO; ÂNGELO, 2001).

Para a avaliação dos aspectos fisiológicos, um ponto observado refere-se às mudanças nos hábitos alimentares, sendo percebido que, enquanto a maioria das mulheres do grupo-controle apenas diminuiu o consumo de alimentos provavelmente prejudiciais à sua recuperação, no grupo-intervenção o comportamento adotado pela maioria foi deixar de consumir tais alimentos, o que pode estar relacionado às orientações dirigidas às mulheres desse grupo.

As mulheres do grupo-intervenção foram orientadas acerca da importância da realização de atividades cotidianas, de forma gradual, a fim de promover melhor recuperação e de maneira mais rápida. A maioria das mulheres do grupo-intervenção relataram que realizavam atividades que beneficiassem sua recuperação, conforme orientado, sendo citado por poucas mulheres do grupo-controle.

A maioria das mulheres do grupo-controle referiu que estava retomando algumas atividades, porém ainda manifestaram dúvidas. Em relação ao grupo-intervenção, houve também manifestação de dúvidas nesse aspecto, embora em proporção menor, o que leva a se enfatizar a importância de um acompanhamento mais intensivo às mulheres mastectomizadas, incluindo-as em grupos de apoio, consultas ambulatoriais e, principalmente, a necessidade de estímulo à retomada das atividades anteriores à cirurgia, com algumas restrições, para melhor readaptação.

Segundo Fernandes, Santos e Silva (2005), a doença expõe as mulheres a uma série de dificuldades, como as mudanças físicas, por exemplo, a limitação dos movimentos do membro superior correspondente à mama afetada, chegando a impossibilitar-las de realizar atividades domésticas e profissionais, anteriormente desenvolvidas.

Assim, o retorno às atividades cotidianas deve ser uma meta na reabilitação, embora se tenha consciência de que deve haver certa moderação. O limite deve ser identificado pela própria mulher. É importante o papel da equipe de saúde na prevenção, tratamento e profilaxia das complicações associadas à mastectomia. A prática de atividades físicas de mulheres pós-cirurgia por câncer de mama, no entanto, ainda representa um desafio (PANOBIANCO, 2002).

As orientações a respeito da doença e dos tratamentos estabelecidos contribuem de forma significativa na readaptação física e social da mulher, além de deixá-las mais tranqüilas quanto à possibilidade de realização de determinadas atividades (FERNANDES; SANTOS; SILVA, 2005).

Nessa perspectiva, a enfermagem assume papel fundamental no desenvolvimento de ações educativas que auxiliem as pacientes e seus cuidadores a adquirirem conhecimento e habilidades sobre os vários aspectos do autocuidado, contribuindo para a reabilitação (GUTIÉRREZ et al., 2004).

Quanto ao tempo dedicado ao sono e ao repouso, a maioria das mulheres, de ambos os grupos, referiu que procurava dedicar tempo suficiente ao descanso, a fim de contribuir para a recuperação. Por outro lado, ainda foram identificados em ambos os grupos mulheres que afirmaram não dedicar tempo suficiente ao sono e ao repouso, apresentando-se, por vezes, cansadas e sem vontade de realizar atividades físicas, buscando medicamentos que auxiliassem a conciliar o sono.

Em se tratando das complicações cirúrgicas após a mastectomia, estas foram mais freqüentes no grupo-controle, o que pode estar associado às orientações realizadas no pós-operatório imediato às pacientes do grupo-intervenção, em que foram abordados os principais cuidados com a ferida operatória e com o dreno de sucção.

Após a cirurgia, e nesse momento em especial, a mulher tem necessidade de obter informações sobre os cuidados com o dreno e cicatrização da cirurgia, cuidados com o braço e ombro homolaterais à cirurgia, bem como a respeito do tratamento que será realizado após a cirurgia (GOZZO, 2005).

Tal fato poderá contribuir para a minimização das complicações associadas à cirurgia, assim como para melhor recuperação e readaptação física, social e emocional da mulher.

A complicação cirúrgica mais freqüente entre as mulheres foi o seroma, seguida por ordem de ocorrência de sinais de infecção na ferida operatória e deiscência cirúrgica. O seroma é a complicação mais comum da mastectomia. Essa patogênese ainda não está suficientemente elucidada, estando freqüentemente associada a outras complicações (STEBENS, 2003).



Panobianco e Mamede (2002) identificaram a ocorrência de complicações e intercorrências associadas ou não umas às outras, em todas as mulheres participantes de um estudo, sendo citadas as seguintes complicações: limitação de amplitude de movimento (64,7%), deiscência (47%), seroma (41,1%), dor (41,1%), aderência (41,1%), infecção (23,5%), inflamação no local de inserção do dreno (11,8%) e celulite (5,9%). Vale destacar, porém, que essas acompanharam as mulheres por um período de três meses, o que possibilitou a observação mais fidedigna de complicações, visto que algumas complicações ocorrem mais tardiamente.

Em um estudo com pacientes mastectomizadas, foram verificadas as complicações freqüentes entre elas, sendo que o seroma (acúmulo anormal de líquido após a retirada do dreno de sucção) foi a complicação pós-operatória de maior prevalência (54,3%), sendo maior do que a relatada na literatura. A infecção no membro superior foi uma complicação pouco freqüente, sendo ainda menor na cicatriz cirúrgica. O relato de hematoma com necessidade de intervenção médica foi raro (BERGMANN, 2000).

Barbosa et al. (2004) citam que os cuidados com a ferida cirúrgica, a prevenção das complicações infecciosas e o diagnóstico precoce, quando estas ocorrem, constituem fatores fundamentais no sucesso do tratamento do câncer de mama e na recuperação pós-cirurgia.

Em relação aos cuidados com o dreno de portovac, o grupo-intervenção apresentou menos dificuldade no manuseio, quando comparado com o grupo-controle. Pode-se inferir que a orientação realizada junto ao grupo-intervenção, associada à demonstração prática, contribuiu para o aprendizado relativo à manipulação do dreno.

Gutiérrez et al. (2004) atestam a importância da orientação aos cuidadores das mastectomizadas sobre o sistema de drenagem fechado utilizado na mastectomia para a redução das complicações associadas, como a ocorrência de obstrução do dreno.

Barbosa et al. (2004) evidenciam que alguns cuidados são essenciais para a utilização ótima de dreno no tratamento cirúrgico do câncer de mama, entre os quais podem ser destacados a utilização de drenagem a vácuo eficiente, drenos com diâmetro adequado para que haja um perfeito escoamento da secreção e vigilância constante para a prevenção de obstruções.

A manipulação adequada do dreno é um dos aspectos importantes que devem ser observados, juntamente com a movimentação e cuidados com o braço. Atualmente as altas hospitalares são precoces, geralmente no primeiro ou segundo dia de pós-operatório, período que se mostra curto para que a mulher e sua família adquiram segurança na manipulação do dreno e cuidados com o local cirúrgico (GOZZO, 2005).

O manuseio correto do dreno inclui cuidados com a preservação do vácuo para a contínua drenagem da secreção, a fim de evitar a obstrução do sistema de drenagem com coágulos de sangue. Dessa forma, são necessários cuidados relacionados à medição do conteúdo drenado, o qual deve ser anotado, acrescidos, ainda, de cuidados de higiene no local de inserção do dreno e da ferida cirúrgica. Tais cuidados contribuirão para a prevenção de complicações, que podem produzir ansiedade à mulher e aos seus familiares (GOZZO, 2005).

Na prática clínica, observa-se que as mulheres submetidas a mastectomia demonstram necessidade de informações relativas aos cuidados indispensáveis no pós-operatório. As informações devem ser claras e objetivas, sem muitos dados técnicos, englobando as diferentes etapas da recuperação, tais como: a retirada do dreno, o processo de cicatrização, além de orientações sobre outros cuidados específicos (OLIVEIRA et al, 2005).

Quanto ao uso do dreno de portovac após a cirurgia, na população estudada, a média de permanência foi 6,89 dias no grupo-intervenção e 7,38 dias no grupo-controle. O tempo ideal de permanência do dreno varia segundo diversos estudos. Purushotham et al. (2002) evidenciam a importância de o dreno de sucção ser removido em até 48 horas após a cirurgia para a redução significativa de complicações pós-operatórias, como, por exemplo, a formação de seroma.

Barwell et al. (1997) exprimem que o sistema de drenagem fechado, utilizado no pós-operatório de mastectomia, é uma prática comum adotada pelos cirurgiões que demonstra reduzir, porém não prevenir, a ocorrência de seroma.

Nas mulheres nas quais é realizada linfadenectomia axilar associada com a mastectomia, via de regra, é colocado um dreno de sucção no local da cirurgia por um período maior do que dez dias. Geralmente, contudo, a maioria das pacientes

apresenta uma recuperação rápida da cirurgia e o dreno é retirado no segundo ou terceiro dia de pós-operatório (DAVIS; WILLIAMS; REDMAN, 2000).

Alguns autores ressaltam, todavia, que a permanência do dreno de portovac está ligada às práticas individuais do especialista responsável pelo procedimento cirúrgico, variando de três a 14 dias ou até quando o volume drenado for menos do que 30 ml durante 24 horas (BARWELL et al., 1997).

Com a valorização da alta precoce, atualmente, observa-se é que mulheres submetidas a mastectomia recebem alta antes de retirarem o sistema de drenagem contínuo. Assim, é fundamental que recebam orientações referentes aos cuidados no pós-operatório, enfatizando os cuidados com o dreno, para que possam assumir a responsabilidade do autocuidado (GUTIÉRREZ et al., 2004).

É importante que a mulher mastectomizada adote determinados comportamentos, com o intuito de prevenir a ocorrência de complicações no braço do lado da mama operada. Assim, foram realizadas orientações ao grupo-intervenção, acerca de alguns cuidados necessários. O grupo-controle ficou limitado às orientações de rotina da Instituição.

A mulher deve procurar retomar, de forma gradual, as atividades cotidianas, tais como pentear o cabelo, tomar banho, escovar os dentes, dentre outras, buscando realizá-las sem a ajuda de outras pessoas, respeitando os limites e resistência. As mulheres inseridas no grupo-intervenção referiram a realização dessas atividades, o que também foi citado pela maioria das mulheres do grupo-controle.

A respeito das atividades de risco (jardinagem, cozinha e costura), um percentual pequeno de mulheres relatou que as realizavam, entretanto ressaltaram que utilizavam equipamentos de proteção.

Outro cuidado enfatizado às mulheres do grupo-intervenção refere-se a precauções associadas às unhas, evitando tirar a cutícula e tendo atenção especial ao cortar as unhas, evitando assim o risco de cortes, principalmente se foi realizado o esvaziamento axilar juntamente com a mastectomia, dada a maior exposição da paciente a infecções. Apesar da orientação realizada, observou-se, ainda, a realização de tal atividade no grupo intervenção, sendo, porém, mais presente no grupo controle.

As mulheres de ambos os grupos referiram que depilavam a axila com “gilete”, tomando a precaução de não ocasionar cortes.

É importante o uso de cremes hidratantes para a proteção da pele do braço homolateral à cirurgia contra ressecamento, fato observado de forma mais freqüente entre as mulheres do grupo intervenção.

Outro ponto enfatizado no estudo diz respeito aos cuidados relativos às picadas de insetos, com o intuito de reduzir riscos de infecção no membro. No grupo-controle encontrou-se uma proporção maior de mulheres que não tomavam essa precaução, tendo sido detectado no grupo-intervenção um número pequeno.

O acompanhamento direcionado às pacientes do grupo-intervenção contribuiu para a adoção de atitudes positivas em relação aos cuidados com o braço, possibilitando a redução de complicações.

As mulheres dos dois grupos apresentaram dúvidas relacionadas a determinados cuidados, sendo que, no grupo-controle, houve dúvidas em proporção maior que no grupo-intervenção. As diferenças mais significativas entre os grupos, em relação às dúvidas, por ordem de ocorrência, foram: proteção da pele contra ressecamento; aferição de PA/administração de injeções no braço homolateral à cirurgia; retirada de cutícula; depilação da axila com “gilete”, e prevenção contra picadas de insetos.

A importância da retomada de atividades rotineiras, cuidado quanto às atividades de risco e uso de roupas apertadas despertaram dúvidas somente no grupo-controle, não tendo sido citada por nenhuma paciente do grupo-intervenção.

A orientação fornecida às pacientes do grupo-intervenção facilitou sua compreensão no tocante à importância da retomada de atividades após a cirurgia, entretanto chamando a atenção para os cuidados relativos a determinadas atividades que poderiam prejudicar a recuperação.

Fernandes, Santos e Silva (2005) enfatizam a importância de o enfermeiro identificar as necessidades que uma paciente mastectomizada apresenta, para então estabelecer cuidados mais efetivos no programa de assistência, respeitando sua integralidade e individualidade, facilitando, dessa forma, uma completa reabilitação, tanto física quanto emocional, o que contribuirá para a promoção de melhor qualidade de vida e de saúde.

## 6 CONCLUSÕES

A orientação realizada no pré-operatório imediato ao grupo-intervenção contribuiu de forma positiva para a readaptação física, emocional e social da mulher mastectomizada, visto que, quando comparado ao grupo-controle, as mulheres do grupo intervenção apresentaram reações menos negativas, favorecendo a recuperação.

Em se tratando dos aspectos emocionais, segundo o que avalia a escala de POOMS, as mulheres do grupo-intervenção apresentaram em menor intensidade intranquilidade, embora ainda tenha existido um percentual de mulheres desse grupo que demonstraram estar intranquias, o que pode ser justificado pela mastectomia ser vista como uma cirurgia marcante que afeta a auto-estima feminina.

Durante o acompanhamento ao grupo intervenção, o relacionamento familiar era discutido com as mulheres, bem como com o acompanhante. Desse modo, percebeu-se menor sensação de desamparo e melhor enfrentamento da situação por essas mulheres, quando comparadas às mulheres do grupo-controle.

Não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à presença de chateação e infelicidade. É importante destacar que as mulheres de ambos os grupos demonstraram que se sentiam um pouco chateadas, fato associado provavelmente ao impacto ocasionado pelo câncer de mama.

As mulheres de ambos os grupos apresentavam-se um pouco incomodadas após o procedimento cirúrgico, sendo observado em menor proporção no grupo-intervenção, o que pode estar relacionado à intervenção de enfermagem, realizada no pós-operatório imediato a esse grupo.

As mulheres do grupo-controle apresentaram sentimentos de tensão e tristeza em proporção maior do que as mulheres do grupo-intervenção. Da mesma forma, foi demonstrado pelas mulheres inseridas no grupo-controle, de modo mais marcante, a presença de fadiga.

No que concerne aos aspectos sociais, constatou-se que ocorreram mudanças positivas no relacionamento familiar em ambos os grupos, todavia com maior destaque no grupo-intervenção. É importante salientar que, durante o acompanhamento

direcionado a esse grupo, geralmente havia a presença de algum familiar que participava das orientações.

Quanto às mudanças no relacionamento com os amigos, após a mastectomia, não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Conforme expresso pela maioria das mulheres, de forma geral, não ocorreram mudanças negativas nesse aspecto e algumas vezes o relacionamento até melhorou.

Em relação às mudanças nos hábitos alimentares, as que receberam apenas a orientação de rotina da Instituição diminuíram o consumo de alimentos que pudessem ser prejudiciais à recuperação cirúrgica. Por outro lado, o grupo-intervenção deixou de consumir tais alimentos.

Houve diferença significativa no que se refere ao retorno às atividades cotidianas gradualmente, buscando a melhor recuperação. A maioria das mulheres do grupo-intervenção retomou essas atividades, ao passo que apenas um pequeno número de mulheres do grupo-controle realizava atividades. Destaca-se, ainda, a presença de dúvidas em relação à retomada de atividades cotidianas pela maioria das mulheres do grupo-controle.

As complicações cirúrgicas ocorreram de maneira mais significativa no grupo-controle, apesar de ainda ser notada em um número notável de mulheres no grupo-intervenção. Entre as complicações, a mais freqüente foi o seroma, seguido, por ordem de ocorrência, de infecção na ferida operatória e deiscência cirúrgica.

A orientação realizada ao grupo-intervenção contribuiu para a minimização das dúvidas relativas ao manuseio do dreno de portovac, visto que valorizou a importância dos cuidados com o dreno. Dessa forma, o grupo-controle apresentou dificuldade significativamente maior em relação a esses cuidados.

Durante a recuperação da mastectomia, é importante a retomada de determinadas atividades rotineiras, que possam contribuir para a recuperação. As mulheres, entretanto, devem evitar atividades de risco que possam representar uma complicação para o braço do lado da mama operada.

Levando em conta o fato de que o grupo-intervenção recebeu orientação a respeito de tais aspectos, observa-se que a adoção de atitudes positivas por parte das mulheres inseridas nesse grupo -tais como, pentear o cabelo, tomar banho sem a ajuda

de outras pessoas, uso de cremes hidratantes, uso de protetor solar, dentre outros- foi uma constante.

O grupo-controle, apesar de ter se limitado às orientações de rotina da Instituição, em geral, também demonstrou um comportamento favorável, o que pode estar associado à troca de informações constantes entre as mulheres dos dois grupos, no momento do retorno ao ambulatório ou às sessões de fisioterapia. É fundamental exprimir, porém, que esse grupo apresentou mais freqüentemente dúvidas em relação a determinados aspectos, quando comparado ao grupo-intervenção.

Considerando o exposto, destaca-se que a mulher submetida a uma cirurgia para retirada da mama geralmente apresenta reações negativas, associadas à retirada de um órgão bastante valorizado pela sociedade, bem como pelo medo da própria doença. Essa situação pode se agravar quando há deficiência nas orientações direcionadas às pacientes, o que geralmente é observado no cotidiano da prática profissional. É fundamental que tais orientações sejam detalhadas e claras, objetivando esclarecer as dúvidas da paciente e principalmente propiciar um menor risco de complicações.

Assim, confirma-se a tese anteriormente proposta, concluindo que a orientação sistematizada de enfermagem no pós-operatório de mastectomia possui valor inestimável, visto que proporciona à mulher o esclarecimento de dúvidas a respeito da doença e da própria cirurgia, bem como possibilita a adoção de cuidados favoráveis à recuperação mais rápida, bem como sua readaptação.

Sugere-se que esse cuidado não se limite ao pós-operatório imediato, devendo ser realizado desde a admissão da mulher à Instituição (pré-operatório imediato), estendendo-se até o pós-operatório tardio, sendo fundamental, todavia, a atuação da equipe multiprofissional de forma integrada.

## 7 REFERÊNCIAS

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Rev. Bras. Cancerol.** 2002; v.48, n. 1, p. 113 - 131.

AMORIM, M. C. H. **Acesso ao documento primário:** a enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama. 1999. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro (RJ), 1999.

ANDRADE, L. H. S. G.; PELUSO, M. A. M. **Tradução e validação da escala POMS** ("Profile of Mood States"). Projeto de Pesquisa. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARANTES, S.L. **Acesso ao documento primário:** a participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. 2002. 161 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BARBOSA, H. F.; REIS, F. J. C.; CARRARA, H. H. A.; ANDRADE, J. M. Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2004; v. 26, n. 3, p. 227-32.

BÁREZ, M.; BLASCO, T.; FERNANDÉZ, J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas em pacientes de cáncer. **Anales de psicología**, 2003, v. 19, n. 2, diciembre, 235 - 246.

BÁREZ, M. **Acesso ao documento primário:** relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad em pacientes com câncer de mama. 2002. Tesis (Doctoral) - Universitat Autònoma de Barcelona. 2002.

BARWELL, J.; CAMPBELL, L.; WATKINS, R. M.; TEASDALE, C. How long should suction drains stay in after breast surgery with axillary dissection? **Ann R Coll Surg Engl** 1997; v. 79, p. 435 - 37.

BECK, A.T.; CLARK, D. A. Anxiety and depression: an information processing perspective. **Anxiety Research**, 1988, v. 1, p. 23-56.



BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2001, v. 47, n. 3, p. 277 – 82.

BERGMANN, A. **Acesso ao documento primário**: prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. 2000. 142 f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, Supl., 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2003**. Rio de Janeiro: Pro - Onco/INCA, 2002. 18p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2005**. Rio de Janeiro: Pro - Onco/INCA, 2006. 18p.

BOFF, M. I.; STEIN, A.; BOFF, R. A.; CANCIAN, F. Biópsia de linfonodo sentinela em câncer de mama: Experiência pessoal. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 50, n. 3, p. 211 - 216, jul. - set. 2006.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do Câncer III. **Rev. Latino-Am. de Enf.**, Ribeirão Preto, 2003; v. 11, n. 5, p. 614 - 21.

CARLSON, M; HAMRIN, E. Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. **Cancer Nurs**. 1994; v. 17, n. 5, 41 - 28.

DAVIS, C.; WILLIAMS, P.; REDMAN, S. Early discharge following breast surgery: assessing care, support, and informational needs of woman with early breast cancer in Australia. **Aust N Z J Surg**; Austrália, 2000, v. 70, n. 80, p. 569 - 72.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligas à sexualidade. Natal. **Estud. Psicol.**, 2003, v. 8, n. 1, jan./abr. 2003.

FERNANDES, A. F. C. **O cotidiano da mulher com câncer de mama**. Fortaleza: Pós - Graduação / DENF / UFC / Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. 96 p.

FERNANDES, A. F. C.; ARAÚJO, I. M. A. **Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama**: depoimentos de mulheres mastectomizadas. Fortaleza: editora UFC, 2005.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. **Câncer de mama**: mulheres que sobreviveram. Fortaleza: editora UFC, 2003.

FERNANDES, A. F. C.; SANTOS, M. C. L.; SILVA, R. M. **Câncer de mama**: como detectar e cuidar. Fortaleza: editora UFC, 2005.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299 – 304. 2003.

GOZZO, T. O. **Acesso ao documento primário**: movimentação precoce do braço no controle do seroma pós-linfadenectomia axilar. 2005. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; PINELLI, F. G. S.; AREIAS, V. L.; BARBI, T. Avaliação de um programa educativo sobre os cuidados com o sistema de drenagem para cuidadores de mulheres mastectomizadas. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 4 out/dez. 2004.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LORR, M; McNAIR, DM. **The Manual of the Profile of Mood States – POMS**. San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1984.

MEDEIROS, R. H. A.; NUNES, M. L. T. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. **Psicol. estud.**, Maringá, v.6, n.2, jul./dic. 2001.

MELO, E. M. **Acesso ao documento primário**: processo adaptativo da família frente à mastectomia. 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

\_\_\_\_\_. **Acesso ao documento primário**: mulher mastectomizada e o tratamento quimioterápico: uma análise do processo adaptativo. 1999. 69p. Monografia (Especialização em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MELO, E. M., SILVA, R. M., FERNANDES, A. F. C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 219-226.

MELO, E. M., SILVA, R. M., RODRIGUES, M. S. P.; FERNANDES, A. F. C. Influencia de la mastectomía en los roles de la mujer y la familia. **Rev. Enfermería Integral**, dic., n. 72, dic., p. 9 – 14, 2005..

MELO, E. M.; ARAÚJO, T. L.; OLIVEIRA, T. C.; ALMEIDA, D. T. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 21 - 8. 2002

MELO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M. Situações vivenciadas pela mulher com câncer de mama. **Rev. Pesquisa Médica**, Fortaleza, v. 3, n. 1, 54 – 61. 2000.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; LOPES, M. V. O. Modos de enfrentamento da mulher mastectomizada frente aos estímulos do tratamento quimioterápico. In: GURGEL, A. H.; COSTA, L. B.; VIEIRA, M. D. C. M. **O cuidado em saúde**. Fortaleza: Editora UFC, 200, v. 1, p. 181 - 187.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, D. P. Fatores predisponentes do câncer de mama e a trajetória para o tratamento - opinião de mulheres mastectomizadas. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 25 – 9, 2000.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; MELO, E. M.; BARBOSA, I. C. F. J. Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. **Rev. Cubana Enfermer**, Havana, v. 21, n. 2. 2005.

PADRÓN, N. P.; CAIRO, G. L.; CARREÑO, J. C. S.; JIMÉNEZ, M. C. Tumores de mama, una preocupante para la salud. **Rev. Cubana Enfer**, Havana, v. 18, n. 3, p. 170-4. 2002.

PANOBIANCO, M. S. **Acesso ao documento primário**: significado do linfedema na vida de mulheres com câncer de mama. 2002. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Rev. Latino-Amer. de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p.544 - 51. 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, M. A. S.; MAMEDE, M. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. A prática de atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 494 - 502. 2004.

PURUSHOTAM, A. D. et al. Randomized clinical trial of no wound drains and early discharge in the treatment of women with breast cancer. **British Journal of Suergy**, v. 89, 286 – 92. 2002.

RODRIGUES, D. P.; MELO, E. M.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. Suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 35 - 43. 1998.

ROLFS, I. C. P. M.; CARVALHO, T.; ROTTA, T. M.; KREBS, R. J. Aplicação de instrumentos de avaliação de estados de humor na detecção da síndrome do excesso de treinamento. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 2. 2004.

SANTOS, R. **Biópsia de linfonodo sentinela no câncer de mama**. Centro avançado de prevenção de câncer: prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de câncer. 2006. Disponível em: <http://www.prevencaodecancer.com.br>. Acesso em 5 nov. 2006.

SEGAL, S. M. **Mastectomia**: mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama. Rio de Janeiro: Record, 1995. 79 f.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, 1998. 155 f.

SILVA, R. M.; MELO, E. M.; RODRIGUES, D. P. Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico. **Rev. família Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 87 - 95. 1999.

SPIELBERGER, C. D. Manual for the State-Trait Anger-expression Inventory. Odessa, FL: **Psychological Assessment Resources**, 1991.

STEBBENS, W. E. Postmastectomy serous drainage and seroma: probable pathogenesis and prevention. **ANZ J. Surg.**, v. 73, p. 877 - 80. 2003.

SUOMINEN, T. Breast cancer patients opportunities to participate in their care. **Câncer Nurs**, v. 15, n. 1, p. 68 - 72. 1999.

TERRY, P. C.; LANE, A. M.; LANE, H. J. KEOHANE, L. Development and validation of a mood measure for adolescents. **J Sports Sci**, v. 17, p. 861-72. 1999.

VIANA, M. F.; ALMEIDA, P. L.; SANTOS, R. C. Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. **Análise Psicológica**, v. 19, n. 1, p. 77 - 92. 2001.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Ficha de levantamento de dados do prontuário

Data da coleta \_\_\_\_\_ No. de ordem \_\_\_\_\_  
Classificação do grupo ( ) Intervenção ( ) Controle  
No. De registro do prontuário: \_\_\_\_\_  
Data da internação: \_\_\_\_\_  
Data da cirurgia: \_\_\_\_\_

#### 1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
Escolaridade \_\_\_\_\_  
Ocupação \_\_\_\_\_  
Procedência \_\_\_\_\_  
Nº de filhos \_\_\_\_\_  
Com quem mora \_\_\_\_\_

#### 2. HISTÓRICO CLÍNICO DA MULHER

Tabagismo \_\_\_\_\_  
Etilismo \_\_\_\_\_  
Outros casos na família \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Patologias associadas \_\_\_\_\_  
Medicamentos em uso \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_ (Kg) Estatura \_\_\_\_\_  
Índice de massa corporal \_\_\_\_\_  
Lado dominante \_\_\_\_\_

#### 3. DADOS RELACIONADOS À DOENÇA E À CIRURGIA

Data de diagnóstico do tumor \_\_\_\_\_  
Lateralidade do tumor \_\_\_\_\_  
Local do tumor \_\_\_\_\_  
Diagnóstico médico \_\_\_\_\_  
Tipo de cirurgia realizada \_\_\_\_\_  
Duração da cirurgia \_\_\_\_\_  
Tratamentos realizados (pré-cirurgia) \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Orientações sistematizadas de enfermagem  
(Grupo intervenção)**

Data \_\_\_\_\_

No. de ordem \_\_\_\_\_

**1. CONHECIMENTO DA MULHER SOBRE A DOENÇA E A CIRURGIA**

1.1. O que sabe sobre a doença? \*

1.2. O que sabe sobre a cirurgia? \*

\* A partir das respostas das mulheres, serão realizadas orientações baseadas em literaturas sobre a temática (referências bibliográficas) e experiência da autora.

**2. ASPECTOS EMOCIONAIS E SOCIAIS\***

2.1. Mudanças/Atitudes/Expectativas

2.2. Comunicação/Apoio da família e dos amigos

2.3. Participação em reuniões familiares e com amigos

\* Serão identificadas mudanças e as necessidades emocionais, sendo realizadas orientações, a fim de promover tranquilização e conforto, para sua melhor readaptação:

- Explicar que após o término do tratamento, as atividades profissionais podem ser retomadas, caso tenham sido interrompidas, assim como as atividades do cotidiano;
- Incentivar a participação em atividades sociais e em grupos de apoio;
- Encorajar a expressão dos sentimentos aos entes mais próximos;
- Encorajar o contato com amigos e família;
- Auxiliar no enfrentamento de alterações provocadas no corpo;
- Encorajar a cliente a partilhar as preocupações e os medos;
- Discutir as dificuldades que o cônjuge/amigos podem ter com as mudanças visíveis;
- Possibilitar contato via telefone com a pesquisadora, para exposição de problemas e ansiedades pela mulher.

**2. ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO**

**2.1. CUIDADOS COM A FERIDA CIRÚRGICA**

- Para maior tranquilidade da mulher, explicar que o processo de cicatrização demorará mais ou menos 30 dias;
- Observar alterações relacionadas à incisão, as quais deverão ser comunicadas imediatamente ao profissional de saúde responsável;
- Tomar banho mantendo o jato de água longe da incisão e secá-la bem, para evitar macerações.

## **2.2. CUIDADOS COM O DRENO ASPIRATIVO\***

- Observar o aspecto da secreção;
- Medir o conteúdo drenado três vezes ao dia, sempre lavando as mãos antes e após o procedimento;
- Anotar a data, hora e volume drenado;
- Observar o aparecimento de alterações no local de inserção do dreno (vermelhidão, secreção e/ou dor).

\* Será realizada uma demonstração prática à mulher.

## **2.3. CUIDADOS COM O MEMBRO HOMOLATERAL À CIRURGIA**

- Evitar atividades de risco (jardinagem, cozinha e limpeza) e, caso, tenha que realizar, utilizar luvas protetoras;
- Uso de dedal para costurar;
- Evitar compressão no braço (uso de roupas apertadas, jóias e relógios);
- Não expor o braço ao sol sem utilizar filtro solar com FPS alto (30);
- Evitar medir PA, tomar injeções e vacinas no braço do lado operado;
- Evitar tirar as cutículas das unhas;
- Prevenir excesso de peso;
- Manter o braço elevado, o maior tempo possível, especialmente durante a noite (uso de almofada);
- Aplicar creme nas mãos para evitar o ressecamento da pele;
- Evitar depilar a axila com gilete, pelo risco de cortes e irritação;
- Prevenir-se contra picadas de insetos;
- Evitar queimaduras no braço (ferro de passar, cigarros e cozinhando). Caso ocorra comunicar ao médico responsável;
- Frente a qualquer ferimento no braço, higienizar com água e sabão e procurar a unidade de atendimento, assim como caso observe vermelhidão, dor ou inchaço no braço;

Recomendar a realização de atividades rotineiras leves (pentear o cabelo, escovar os dentes, etc.), respeitando os limites de dor e resistência.



## **APÊNDICE C - Folheto informativo: orientações e cuidados (Grupo intervenção)**

### **CUIDADOS COM A FERIDA CIRÚRGICA**

- O processo de cicatrização da ferida demorará mais ou menos 30 dias;
- Observar alterações na ferida, comunicando ao médico responsável;
- Tomar banho mantendo o jato de água longe da incisão e secá-la bem, para evitar macerações.

### **CUIDADOS COM O DRENO ASPIRATIVO**

- Observar o aspecto da secreção;
- Fechar trava azul;
- Medir o conteúdo drenado três vezes ao dia, sempre lavando as mãos antes e após o procedimento;
- Anotar a data, hora e volume drenado;
- Apertar o dreno (parte sanfonada) e fechar a tampa vermelha com o dreno apertado;
- Abrir trava azul;
- Observar alterações no local do dreno (vermelhidão, secreção e/ou dor).

### **CUIDADOS COM O MEMBRO HOMOLATERAL À CIRURGIA**

- Evitar atividades de risco (jardinagem, cozinha e limpeza) e, caso, tenha que realizar, utilizar luvas protetoras;
- Uso de dedal para costurar;
- Evitar compressão no braço (uso de roupas apertadas, jóias e relógios);
- Não expor o braço ao sol sem utilizar filtro solar com FPS alto (30);
- Evitar medir PA, tomar injeções e vacinas no braço do lado operado;
- Evitar tirar as cutículas das unhas;
- Prevenir excesso de peso;
- Manter o braço elevado, o maior tempo possível, especialmente durante a noite (uso de almofada);
- Aplicar creme nas mãos para evitar o ressecamento da pele;
- Evitar depilar a axila com gilete, pelo risco de cortes e irritação;
- Prevenir-se contra picadas de insetos;
- Evitar queimaduras no braço (ferro de passar, cigarros e cozinhando). Caso ocorra comunicar ao médico responsável;
- Frente a qualquer ferimento no braço, higienizar com água e sabão e procurar a unidade de atendimento, assim como caso observe vermelhidão, dor ou inchaço no braço;
- Recomendar a realização de atividades rotineiras leves (pentear o cabelo, escovar os dentes, etc.), respeitando os limites de dor e resistência.

**APÊNDICE D - Instrumento de acompanhamento**  
**Grupo intervenção: 1ª. semana de pós-operatório**

Data: \_\_\_\_\_ No. de ordem: \_\_\_\_\_

**1. ASPECTOS EMOCIONAIS E SOCIAIS\***

11. Mudanças desde a realização da cirurgia: Sim ( ) Não ( )

Tipo: \_\_\_\_\_

1.2. Atitudes em relação às mudanças: \_\_\_\_\_

1.3. Se sente apoiada pela família? Sim ( ) Não ( )

1.4. Se sente apoiada pelos amigos? Sim ( ) Não ( )

1.5. Participa de reuniões familiares e/ou com amigos? Sim ( ) Não ( )

1.6. Mudanças nas relações familiares e/ou com amigos? Sim ( ) Não ( )

\* Serão identificadas mudanças/necessidades emocionais, com posterior reforço das orientações já realizadas, para a melhor readaptação da mulher.

**2. ASPECTOS FISIOLÓGICOS**

2.1. Tipo de atividade física que realiza: \_\_\_\_\_

2.2. Tempo dedicado ao sono e repouso: \_\_\_\_\_

2.3. Se sente descansada com o tempo dedicado ao sono? Sim ( ) Não ( )

2.4. Utiliza artifícios para dormir: Sim ( ) Não ( ) Tipo: \_\_\_\_\_

2.5. Mudança na dieta? Sim ( ) Não ( ) Tipo: \_\_\_\_\_

\* A partir da identificação de problemas, serão realizadas orientações:

- Encorajar a mulher a realizar atividades físicas leves (caminhada, tarefas domésticas);
- Limitar a ingestão de bebidas com cafeína (café, refrigerantes de cola);
- Planejar com a cliente métodos que a ajudem a conciliar o sono, como: banho, ouvir músicas, leituras, assistir televisão, massagens;
- Explicar a importância da nutrição adequada;
- Orientar quanto à realização de pequenas refeições frequentes para reduzir a sensação de estômago distendido.

**3. ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO**

**3.1. CUIDADOS COM A FERIDA CIRÚRGICA**

\* Reforçar as orientações já realizadas no primeiro contato e observar a presença de alterações relacionadas à ferida cirúrgica.

Sinais de infecção: edema ( ) calor ( ) rubor ( ) dor ( )

Secreção: Sim ( ) Não ( ) Aspecto: \_\_\_\_\_

Febre: Sim ( ) Não ( )      Frequência: \_\_\_\_\_  
Deiscência: Sim ( ) Não ( )  
Aderência: Sim ( ) Não ( )  
Presença de alterações relacionadas ao dreno? Sim ( ) Não ( ) Tipo \_\_\_\_\_

### **3.2. CUIDADOS COM O MEMBRO HOMOLATERAL À CIRURGIA\***

\* Serão reforçadas as orientações já realizadas e, se identificadas outras alterações de importância, a mulher será encorajada a adotar medidas de prevenção mais eficazes, maior observação e cuidados complementares, mantendo contato com a pesquisadora. Caso persista a alteração, a mulher será orientada a procurar a Unidade de Saúde.

## **APÊNDICE E - Avaliação das orientações sistematizadas de enfermagem**

Data \_\_\_\_\_ No. de ordem \_\_\_\_\_  
( ) Intervenção ( ) Controle

Classificação do grupo:

### **1 ASPECTOS SOCIAIS**

#### **1.1 Relações com a família**

- A- O relacionamento melhorou depois da cirurgia
- B- O relacionamento não mudou em nada
- C- Eu me isolei para não preocupar minha família
- D- O relacionamento piorou

#### **1.2 Relações com os amigos**

- A- O relacionamento melhorou depois da cirurgia
- B- O relacionamento não mudou em nada
- C- Eu me isolei para não preocupar meus amigos
- D- O relacionamento piorou

### **2 ASPECTOS FISIOLÓGICOS**

#### **2.1 Hábitos alimentares**

- A – Não mudou sua alimentação
- B – Diminuiu o consumo de alimentos que podem não ser bons
- C – Deixou de consumir produtos que prejudicam, conforme orientado.

#### **2.2 Atividades físicas**

- A – Evita realizar atividades físicas por medo
- B – Retomou algumas atividades, mas tem dúvidas.
- C – Realiza atividades que podem beneficiar sua recuperação, conforme orientado.

#### **2.3 Sono e repouso**

Está dedicando tempo suficiente ao sono e ao repouso?

### 3. COMPLICAÇÕES PÓS-CIRURGIA

#### Pontos observados

Sim

Não

Sinais de infecção na ferida cirúrgica

Deiscência

Infecção na inserção do dreno

Seroma

Aderência

Tempo de permanência do dreno: \_\_\_\_\_

Ações realizadas frente às complicações com o dreno: \_\_\_\_\_

Teve dificuldades com o manuseio do dreno: \_\_\_\_\_

Outras complicações: \_\_\_\_\_

### 4. CUIDADOS COM O MEMBRO HOMOLATERAL À CIRURGIA

Pontos observados	Sim	Não	Duvida
Realiza atividades rotineiras? (pentear cabelo, escovar os dentes)			
Necessita de ajuda para realizar tais atividades			
Realiza atividades de risco (jardinagem, cozinha, limpeza e/ou costura)			
Utiliza proteção para realizar atividades de risco			
Usa roupas apertadas			
Evita expor do braço ao sol			
Mede a PA ou tomar injeções no braço			
Tira a cutícula das unhas			
Carrega peso			
Protege a pele contra ressecamento			
Depila a axila com gilete			
Previne-se contra picadas de insetos			

Outros problemas relatados pela mulher: \_\_\_\_\_

Retomou as atividades habituais ou cotidianas?

A - Quase nada

B - Algumas

C - Muitas

D - Totalmente

**APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido  
(Grupo-intervenção)**

Prezada senhora,

Eu, Elizabeth Mesquita Melo, enfermeira, aluna do Doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo sobre a importância da assistência de enfermagem na readaptação da mulher mastectomizada, com a finalidade de melhorar a assistência oferecida.

Nesse sentido, gostaria de solicitar a sua colaboração, participando do estudo, que se desenvolverá em três etapas (pós-operatório imediato, primeira semana de pós-operatório e retorno a partir de um mês). Vale destacar, que no primeiro momento, a entrevista será gravada, segundo sua autorização.

Ressalto que será mantido sigilo quanto à sua identificação, como também é de livre escolha sua participação, havendo a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, sem prejuízo no seu atendimento.

Os dados serão apresentados ao Curso de Doutorado e divulgados junto à comunidade acadêmica, estando garantido o anonimato. Sua participação é de extrema importância para melhorar a assistência às clientes mastectomizadas.

Em caso de dúvidas, em relação ao estudo, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer do Ceará. Para maiores esclarecimentos, estou à sua disposição no seguinte endereço: Rua Ageu Romero, 100, apto. 02, São Gerardo, ou nos telefones: 3214 5618 / 9997 8435.

---

Pesquisadora responsável

Eu, \_\_\_\_\_, ciente da finalidade e importância do estudo, concordo em participar do mesmo, desde que sejam considerados meus direitos acima mencionados.

Fortaleza, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Assinatura

**APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido  
(Grupo-controle)**

Prezada senhora,

Eu, Elizabeth Mesquita Melo, enfermeira, aluna do Doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo sobre a importância da assistência de enfermagem na readaptação da mulher mastectomizada, com a finalidade de melhorar a assistência oferecida.

Nesse sentido, gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a alguns questionamentos, os quais serão anotados.

Ressalto que será mantido sigilo quanto à sua identificação, como também é de livre escolha sua participação, havendo a possibilidade de desistência, sem prejuízo no seu atendimento.

Os dados serão apresentados ao Curso de Doutorado e divulgados junto à comunidade acadêmica, estando garantido o anonimato. Sua participação é de extrema importância para melhorar a assistência às clientes mastectomizadas.

Em caso de dúvidas, em relação ao estudo, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer do Ceará. Para maiores esclarecimentos, estou à sua disposição no seguinte endereço: Rua Ageu Romero, 100, apto. 02, São Gerardo, ou nos telefones: 3214 5618 / 9997 8435.

---

Pesquisadora responsável

Eu, \_\_\_\_\_, ciente da finalidade e importância do estudo, concordo em participar do mesmo, desde que sejam considerados meus direitos acima mencionados.

Fortaleza, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Assinatura

## ANEXOS

### ANEXO A - Avaliação da assistência de enfermagem Aspectos emocionais

Data \_\_\_\_\_ No. De ordem \_\_\_\_\_  
Classificação do grupo: ( ) Intervenção ( ) Controle

**ESCALA DE POOMS - Profile of Mood States** (Lorr e McNair, 1984).

	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Excessivamente</b>
Intranqüila					
Desamparada					
Sem forças					
Cheia de energia					
Chateada					
Agitada					
Infeliz					
Cansada					
Animada					
Incomodada					
Tensa					
Fadigada					
Ativa					
Mal humorada					



**ANEXO B - Parecer do comitê de ética em pesquisa do Hospital do Câncer**

111

**ANEXO B - Parecer do comitê de ética em pesquisa do Hospital do Câncer**



Fortaleza, 22 de setembro de 2005

A Investigadora Principal  
Elizabeth Mesquita

Levamos ao seu conhecimento de V. Sa que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará – CEP-ICC, em sua em sua reunião de 22.09.2005, aprovou o Projeto “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO FATOR PRIORITÁRIO NA READAPTAÇÃO DA MULHER MASTECTOMIZADO”, de sua responsabilidade, na condição de investigadora, após ter sido o mesmo apreciado por um dos membros deste Comitê de Ética, merecendo aprovação.

Cordiais saudações,

Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
Presidente do C.E.P- HC-ICC