

UFC
71250

02/02/2000

ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM - FATOR IMPORTANTE NO AJUSTAMENTO

DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS

- Contribuição à assistência de Enfermagem -

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1214993	
02 102 12000	

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NÉRI, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM .

D
616.99449
C3290
1981

FC-00007510-3

Rio de Janeiro , RJ - BRASIL

Marco de 1981

CARVALHO, Zuila Maria de Figueirêdo

Orientação de Enfermagem - fator importante no
ajustamento das mulheres mastectomizadas .

- Contribuição à Assistência de Enfermagem -

Rio de Janeiro, UFRJ, 1981

XI, 124 p.

Tese : Mestre em Enfermagem

1. Orientação de Enfermagem.
2. Mastectomizadas
3. Ajustamento das mulheres.
4. Teses

I. Universidade Federal do Rio de Janeiro

II. Título

" É preciso pedir a Deus fé
para saber olhar a vida".

MICHEL QUOIST

DEDICATÓRIA :

A memória do meu pai .

A minha mãe Zuila, ao
meu filho Gustavo e ao
Sergio .

As clientes que prontamente
participaram na realização
deste estudo .

Agradecimento Especial

Aos meus irmãos pelo carinho
e dedicação .

A professora MARIA DOLORES LINS DE ANDRADE, pela orientação metodológica durante a execução deste trabalho .

A G R A D E C I M E N T O S :

A todas as pessoas que direta ou indiretamente participaram deste trabalho, e em particular :

À Universidade Federal do Rio de Janeiro nas pessoas das professoras : CILEI CHAVES RODDUS e TEREZA DE JESUS SENA, respectivamente diretora do Curso de Enfermagem e coordenadora do Curso de Pós - Graduação da Escola de Enfermagem Ana Néri, pela oportunidade oferecida para o ingresso ao Curso de Mestrado e pela compreensão e apoio no decorrer do curso .

À Universidade Federal do Ceará na pessoa da professora MARIA GRAZIELA TEIXEIRA BARROSO, coordenadora do Curso de Enfermagem, por ter contribuído para a ampliação dos meus conhecimentos .

À professora BERENICE XAVIER ELSAS, pelo eficiente assessoramento.

À professora IEDA BARREIRA E CASTRO, pelo estímulo e apoio .

Aos professores LUIS ALBERTO DE LIMA e MARLENE CARVALHO e aos médicos RENATO CLARK BARCELLAR e SEMIDA CAUDURO RODESKY, pela assessoria especializada .

À direção e ao serviço de enfermagem do Instituto Nacional do Câncer e do Hospital de Oncologia do INAMPS .

Aos amigos NOEMIA e SERGIO BARREIRA; SILVIA e PEDRO MESQUITA e SONIA e SULIVAN MOTA .

As colegas de mestrado : ANAMARIA, CRISTINA, ETEVALDA, ISAURA, IVIS, JURANDY, MADGE, NADIR, NAZARÉ, RAIMUNDA, RITA e SUELY .

. R E S U M O

Os problemas bio-psico-sócio-espirituais decorrentes da mutilação por mastectomia constituem motivo de preocupação para os profissionais de saúde, mais precisamente da enfermeira. O principal objetivo deste estudo foi identificar os variados problemas que, com maior incidência, interferem na adaptação familiar e social da cliente, antes e após a cirurgia. Esta pesquisa, do tipo exploratório, realizou-se em dois hospitais de oncologia da Cidade do Rio de Janeiro, envolvendo 60 clientes com câncer de mama. A amostra constituiu-se de três grupos, com 20 clientes em cada um : Grupo A, pré-operatório; Grupo B, pós-operatório mediato; e Grupo C, pós-operatório tardio. A coleta dos dados efetuou-se mediante entrevista individual do tipo estruturada. Os resultados obtidos indicam a falta de orientação nos períodos pré e pós-operatórios assim como, problemas emocionais decorrentes da mutilação que afetam especialmente a vida sexual. O trabalho oferece subsídios para o planejamento de ações de enfermagem, visando o atendimento das necessidades apresentadas por essa clientela .

. A B S T R A C T

The biological, psychological, social and spiritual problems brought by mastectomy have become a preoccupation to the professionals of the health field, mainly to nurses. The main objective of this study was to identify the varied problems that, with greater incidence, interfere in the familiar and social adjustment of the client, before and after the surgery. This research, of the exploratory type, involving 60 patients with breast cancer, took place in two oncology hospitals, in the city of Rio de Janeiro. The sample was formed of three groups of 20 patients: group A, pre-operative; group B recent post-operative and group C, late post-operative. The gathering of the data was done through individual interviews, of the structured type. The results obtained point out lack of orientation during the pre and post-operative periods as well as emotional problems, caused by the mutilation, that affect mainly the sexual activities of the clients. The study offers supports to the planning of nursing action, aiming the assistance to the needs presented by the clientele.

S U M Á R I O

. <u>RESUMO</u>	ix
. <u>ABSTRACT</u>	x
I . <u>INTRODUÇÃO</u>	
1.1. O Problema	1
1.2. Objetivos	4
II . <u>REVISÃO DA LITERATURA</u>	
2.1. O câncer de mama e a mastectomia. Assistên cia de Enfermagem	5
2.2. As necessidades humanas básicas da pacien te mastectomizada	9
III . <u>METODOLOGIA</u>	
3.1. Universo	13
3.2. População	13
3.3. Amostra	13
3.4. Instrumentos	15
3.5. Procedimentos para a coleta dos dados ...	15
3.6. Tratamento Estatístico	16
IV . <u>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	
4.1. Perfil da Amostra	17
4.2. Apresentação dos dados	17
V . <u>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	65
VI . <u>DISCUSSÃO</u>	75
VII . <u>CONCLUSÕES</u>	81
VIII . <u>SUGESTÕES</u>	83
IX . <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	84
. <u>QUADROS DEMONSTRATIVOS</u>	89
. <u>ANEXOS</u>	98

I . INTRODUÇÃO

1.1. O PROBLEMA

Do ponto de vista cultural, as glândulas mamárias da mulher - os seios - representam o atributo físico mais valorizado porque fazem parte do seu esquema corporal, e além dessa representação física são órgãos considerados símbolo da maternidade. É uma verdade universal consciente ou inconsciente mesmo para aquelas que não amamentam - PIATO (1979) .

Quando essas glândulas são afetadas surgem problemas emocionais para a mulher, que podem se constituir em elemento mais sério do que a própria doença. Qualquer descoberta, como uma tumefação, um crescimento anormal, uma massa ou um nódulo, leva a cliente a uma reação emocional intensa. Ocorre muitas vezes que a pessoa passa até um ano, adiando a consulta para não encarar a realidade .

A comunicação do diagnóstico é o momento mais importante para a cliente. Ela deve ser convenientemente informada sobre o diagnóstico e suas consequências ? Como ela reagirá ? Muitas mulheres, mesmo pessoas inteligentes e instruídas, tem dificuldades de apreender detalhes sobre a enfermidade. Estabelece-se então uma espécie de acordo não verbal. O médico não fala sobre a doença e a paciente não fala sobre seus temores; ela não fala " câncer mas pensa câncer " . Deve o médico ou a família dizer ou não a verdade ? São momentos angustiantes, e esta grande interrogação não pode ter a mesma resposta em todos os casos .

"Toda cirurgia desperta alguma reação emotiva, expressa ou oculta" - GIBERTONI (1967). O desencadear dessa reação varia de paciente para paciente dependendo de

muitos fatores - no caso da mastectomia a idade e o estilo de vida são de grande importância. Talvez haja menor sensação de perda quando a doença surge em pessoas de idade de mais avançada, isto é, quando estas já não estão no a pogeu do relacionamento sexual e da maternidade. O contrário acontece em mulheres jovens em pleno vigor físico e em idade fértil - a reação afetiva provavelmente será mais intensa .

KENNEBER (1979), sugere que se deve abordar diretamente o assunto com a cliente assim que haja confirmação do diagnóstico "câncer". Isto evitará um mal relacionamento com a cliente, onde há coisas que não devem ser ditas. A opinião das clientes pode variar muito em relação a quanto, quando, e como desejam discutir sobre a doença e suas consequências. Em alguns casos se deve avaliar como acompanham e reagem à explicação do diagnóstico e o que pode significar para mesma - RUBIN (1977) .

Segundo PIATO (1979), muitas mulheres após confirmação do câncer de mama e conseqüentemente a indicação da mastectomia ficam "chocadas" , "atemorizadas" , ou em "pânico" e a maioria entra em estado depressivo. Ao ser confirmada a suspeita de câncer, é determinada a primeira terapêutica, que em geral é a mastectomia .

A enfermeira nesse momento atua diante de reações as mais diversas : o medo da morte e da redução drástica de planos e expectativas; o pavor à mutilação - e a sensação de ser diferente, "menos mulher"; uma revolta surda às vezes inconsciente de ter a infelicidade de ser acometida de uma doença tão terrível e o aflorar de culpas que fazem a doente perceber a doença como um castigo. A enfermeira deve estar segura de sua posição para ser capaz de tratar carinhosamente e com afeição a doente, para que esta possa aceitar-se e enfrentar melhor seus problemas psicossociais .

ORLANDO (1978), ressalta a responsabilidade da enfermeira na análise das reações positivas ou negativas que interfiram na ajuda às pacientes com este problema .

Quando o ser humano torna-se dependente para a satisfação de suas necessidades básicas, em geral sente-se frustrado não só porque há interrupção das suas atividades sociais e profissionais, mas também porque há a diminuição de sua auto - estima .

Nesta circunstância, apresenta-se mais preocupado, mais sensível, mais emotivo, menos seguro, menos lógico, menos volitivo, utilizando como recurso de defesa várias formas de reações: excitação, agressividade, depressão , indiferença, rebeldia e ironia. Em consequência, ser orgulho natural, sua vaidade e sua ilusão, o levam muitas vezes a profundas reflexões, que podem se constituir em uma oportunidade para auto-análise e para o auto-encontro.

Como em toda situação conflitiva, o ser humano necessita de apoio e de assistência, de alguém para expor seus problemas e suas preocupações, e é a enfermeira que talvez esteja mais disponível para ouvi-lo, compreendê-lo e incentivá-lo, reforçando o relacionamento enfermeira-paciente, facilitando-o para os outros membros da equipe. Espera-se dela contribuir para a redução de tensões inter e intra - grupais pessoa - família - comunidade .

No presente estudo procura-se identificar os problemas bio-psico-sócio-espirituais de maior incidência em clientes mastectomizadas de duas instituições hospitalares antes e após a cirurgia, que interferem na sua adaptação familiar, e social. Tenta-se contribuir para o ajustamento da cliente à mutilação, objetivando-se também oferecer aos enfermeiros que assistem clientes de oncologia subsídios que permitam planejar assistência de enfermagem ajustada aos problemas e peculiaridades individuais . Considerando-se que as atitudes das enfermeiras representam fonte importante de estímulos favoráveis

ou desfavoráveis capazes de provocar nas pacientes reações emocionais construtivas ou destrutivas, faz-se necessária uma comunicação eficaz como pessoa que ajuda, com características de saber ouvir, apoiar e valorizar os sentimentos da cliente e pessoa ajudada. Essa possibilidade de ver a cliente como pessoa integral, detectar seus problemas, atuar como facilitador das mudanças de comportamento, tentar um processo de transformação, é também fator decisivo neste estudo .

1.2. OBJETIVOS

- Identificar os problemas bio-psico-socio- espirituais referidos com maior incidência pelas clientes submetidas à mastectomia.
- Identificar as orientações que as clientes referem receber nos períodos pré e pós-operatórios destas cirurgias .
- Oferecer subsídios para o planejamento de ações de enfermagem que, em arranjos diversos, possam atender aos problemas bio-psico-socio- espirituais predominantes na clientela estudada .

II . REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo está dividido em dois tópicos: O câncer da mama e mastectomia ; as necessidades humanas básicas da paciente mastectomizada.

Ao fazer-se esta divisão teve-se o intuito de tornar mais compreensivo o assunto. Contudo, faz-se necessário esclarecer que a revisão da literatura é muito vasta e difícil de ser esgotada .

2.1. O CÂNCER DA MAMA E A MASTECTOMIA

- Assistência de Enfermagem -

o câncer de mama engloba por si só tantos aspectos do problema câncer que se julga necessário iniciar seu estudo pelos aspectos gerais panorâmicos.

WOODS(1978) refere que a maioria dos cânceres no seio são encontrados em mulheres de meia idade, com o aumento da incidência durante a menopausa; atualmente 50% das mulheres com câncer da mama estão na faixa etária entre 45 a 65 anos .

A mesma autora diz ainda que a incidência é maior na raça branca do que na negra, portanto o inverso da incidência padrão para o câncer cervical. Os índices de sobrevida também são maiores entre os brancos .

A despeito da elevada incidência do mal, os resultados estatísticos e os métodos de tratamento ainda estão sujeitos a discussão e controvérsias.

Os recursos terapêuticos de ordem local, como a radioterapia e a cirurgia, não constituem a desejada resposta para a cura do mal. Melhores estatísticas de sobrevivência ficam na dependência do diagnóstico precoce, do tratamento oportuno e da utilização de novas técnicas;

espera-se que a quimioterapia e mais recentemente a imuno terapia venham em auxílio do câncer mamário, enquanto não se descobre sua etiologia .

SAVLOV (1977) e JUAÇABA (1977), referem fatos in teressantes com relação ao carcinoma mamário :

- . o carcinoma é mais freqüente do lado esquerdo do que no direito ;
- . a incidência é maior nas mulheres sem filhos, ou primeira gestação tardia ;
- . a incidência é maior nas mulheres que não amamen taram ;
- . antecedentes de uso prolongado de estrogênios ;
- . a bilateralidade é de 4% a 10% ;
- . a relação entre a incidência no homem e na mulher é de 1:1000 ;
- . a incidência familiar é cinco vezes maior do que nas famílias sem história de câncer mamário .

O maior adiantamento feito no tratamento de câncer da mama se deve a Willian S. Halsted. Poderíamos comparar o prognóstico da cirurgia por câncer de mama antes, e a partir de sua publicação em 1894, da mesma forma que se compara a cirurgia antes e depois de Pasteur, URIBURI (1950)

É muito pouco o que se pode falar sobre cirurgia de mama na época pré cristã, porque seu estudo começou somen te no século I de nossa era .

A dificuldade para diferenciar entre processos be nignos e malignos da glândula mamária fez com que, em épo cas pretéritas , se confundissem ambos em um denominador comum de "câncer". Por isso a história diz pouco sobre os tumores benignos e quase tudo que é possível falar se re fere aos malignos. Somente no início do século XIX é que começa a diferenciação entre o benigno e o maligno .

A generalização de conhecimentos sobre os sintomas de alarme do câncer pode desencadear grande número de reações psicológicas nos indivíduos, que se julgam portadores da doença. Por isto quando se diz a uma mulher que sua mama possui uma pequena massa, uma tumefação, ou um caroço, é quase certo se ouvir : "isto quer dizer que eu tenho um câncer"? RUBIN (1977) .

A cirurgia seria o método mais eficaz de tratamento não só para os casos iniciais como nos casos mais avançados, muito embora as mulheres tratadas cirurgicamente enfrentem a adaptação da remoção do seio. Esta perda pode parecer uma espécie de crise, ou seja a mulher passa a encarar a necessidade de ter sua imagem modificada .

RUBIN (1977) ressalta, ainda que a mastectomia radical se constitui no alicerce terapêutico dos casos iniciais e operáveis, existem cirurgiões que a julgam muito pouco radical e outros que a consideram extensa demais .

Posto que a mastectomia radical possa proporcionar os melhores resultados estatísticos de sobrevivência de cinco anos, o confronto entre os vários métodos ou as várias escolas mostraram a existência de variações discretas em relação aos resultados; isto entre a cirurgia mais conservadora até a mais ampla e radical das exereses, com ou sem radioterapia complementar .

As complicações da mastectomia se referem quase sempre a problemas relacionados com a ferida operatória e a processos de cicatrização, que podem acarretar problemas de : necrose do retalho; de linfa-edema; restrição dos movimentos e redução da força do braço atingido .

O edema discreto do braço é encontrado na proporção de 2/3 das mulheres mastectomizadas e como regra geral o edema interfere com a função do membro .

A perda do seio pode precipitar o medo com o retorno

no da doença, isto pode interferir seriamente na condição emocional da mulher e provocar restrição de sua atividade.

Embora a cirurgia possa determinar maiores desconfortos físicos e problemas de ordem emocional e social as pacientes a aceitam porque em geral, consideram a extirpação da mama e dos linfáticos regionais como um prejuízo menor do que a doença .

A afirmativa acima vem ao encontro da colocação feita por PIATO (1979) quando diz que para a paciente o mais importante é salvar a própria vida, enquanto que os familiares, cônjuges, amigos ficam mais preocupados com as mutilações que alteram a aparência física e com isto poderão desenvolver a longo prazo muitos problemas decorrentes de sua doença .

Entre eles cita-se o espaço vazio que a cliente sente entre o braço e o corpo.

A ocorrência de seromas é mínima quando se inicia a mobilidade do membro superior do lado cirurgiado, ainda na sala de cirurgia. O braço é colocado em ângulo reto com a parede torácica e uma toalha o envolve e fixa o mesmo no lençol da cama, deixando o cotovelo livre. Mantem-se essa posição por 24 - 48 horas e quando a paciente se levanta ela consegue distensão até 90 graus sem dor, o alívio é motivado pela força da gravidade com seu efeito na vascularização. É um método muito eficaz e aplicável em mastectomia bilateral também .

Pela nossa experiência não se justifica conservar o braço preso à parede torácica. E segundo DESENSHEIM(1973) essa conduta deixa um grande número de pacientes com ombros imóveis . É um método ultrapassado .

2.2. AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DA PACIENTE MASTECTOMIZADA

O homem em geral quando sofre mudanças radicais de seu modo de vida, sente sua integridade ameaçada, manifesta reações as mais diversas que variam de acordo com a intensidade dessas mudanças. É patente que, as pessoas agem e reagem de diversas formas diante de situações e estímulos, tornando-se essas reações mais vultosas, quando se tratam de situações pertinentes ao estado de saúde e a alteração de sua imagem corporal .

HENDERSON (1962), "reconhece que a enfermagem tem suas raízes nas necessidades fundamentais da pessoa humana, no contínuo saúde-doença. A assistência de enfermagem fundamentada nas necessidades humanas básicas constitui um dos pontos de partida para a oferta de cuidados compatíveis com as experiências de vida, valores e individualidade do ser humano" .

A qualidade das reações apresentadas por pacientes submetidas a qualquer tipo de cirurgia é evidente logo após a informação de que esta é necessária; ela teme o desconhecido, o procedimento cirúrgico como um todo, pensa na anestesia, na dor, na incisão, em acordar antes que a cirurgia tenha terminado, em ficar desfigurado ou incapacitado. Os familiares também pensam de modo semelhante, GIBERTONI (1967); AMANCIO (1976); BIRD (1975); MASON (1976) .

KOIZUMI (1975) diz que quando ocorre "a não aceitação do corpo tal como ele é surgem distúrbios na auto-imagem". Este desequilíbrio pode levar o indivíduo ao desencadeamento e exteriorização da crise da auto-imagem, onde o mais importante é a percepção sobre o evento, mais do que a própria realidade tal como ela se apresenta .

A autora, acima citada, caracteriza a origem da auto-imagem, em três fontes a partir da infância : a reação

dos outros indivíduos; a comparação de si mesmo com os outros; papéis que desempenhou ou desempenha atualmente. Corrobora o seu pensamento quando emite a comparação entre a auto-imagem consistente da infância, à adolescência e o adulto. Na adolescência, permite-se experimentar e desempenhar inúmeras identidades antes de se decidir por uma. O adulto caminha em direção à consistência, tendo como base, em geral, a necessidade de adotar um papel ocupacional mais do que outros, e por outro lado a necessidade de optar entre tendências e ações conflitivas.

Ao final da adolescência a auto-imagem se unifica, desenvolve-se em nível de auto-estima mais alto, por meio de uma ego identidade consistente e para muitos indivíduos, única e original.

É importante informar e orientar o paciente. Alguns hospitais nacionais e estrangeiros já os orientam sistematicamente, antes, durante e depois da cirurgia, seja verbal ou por escrito.

Nas cirurgias mutiladoras como amputações de membros, ressecções abdomino-perineais com colostomia, ressecções de mama ou operações sobre os órgãos sexuais, as reações emocionais apresentadas, de uma maneira geral, no paciente cirúrgico, são mais intensas nestes casos.

A afirmativa acima vem ao encontro das colocações feitas por : ALVES (1973); FERNANDES (1967); KOIZUMI (1975).

A mastectomia é uma cirurgia altamente mutiladora, trazendo problemas físicos e psicológicos. A resposta à mutilação é individual, e pode ser afetada por vários fatores como : idade, auto-admiração, estado emocional e situação socio-econômica.

Como em qualquer mutilação a mastectomia requer, a

lém dos cuidados próprios da cirurgia, principalmente, a poio emocional, objetivando uma melhor compreensão, interação, adaptação, e aceitação da auto-imagem .

Para BIRD (1975), sob a tranquilidade de alguns clientes as atividades mentais mais frequentes estão presentes: ansiedade, tristeza e raiva .

A ansiedade é a primeira reação mental; o paciente cirúrgico está em pânico aparente ou não . Há um conjunto de "medos" em todos os aspectos e acima de todos o medo de morrer .

A segunda reação mental é a tristeza. O cliente sente-se triste, deprimido e desapontado. A perda de algum órgão pode provocar depressão, a amputação do seio principalmente .

Somando-se a estas duas reações mentais, há a terceira reação que é a raiva. O cliente esforça-se para ocultá-la por ser a mesma inaceitável, por isto usa métodos mais perigosos que a própria raiva. E provavelmente, sua defesa mais comum contra a raiva é tornar-se confuso, incapaz de seguir direções ou entender explicações .

KUBLER ROSS (1969) relata cinco estágios na evolução psíquica de pacientes com doença grave ou incurável como é o caso do câncer de mama. São eles : Negativa, Raiva e Cólera, Pechincha, Depressão e por último a Aceitação. Estas fases ou estágios servem como guia para a enfermeira compreender o comportamento da paciente .

Agrupam-se as reações e problemas citados de diferentes modos: alteração da imagem, ansiedade, angústia , medo, incapacidade física, desgosto, raiva, agressividade, depressão, insegurança física e social, e em casos extremos o suicídio - BIRD (1974); BRUNNER (1977); PIATO (1979).

Nestas reações e problemas a enfermeira deve estar

apta para detectá-los e atuar como facilitadora das mudanças de comportamento que essas pessoas requerem. Feito o agrupamento destes problemas, evidenciam-se dentre as necessidades humanas básicas que as mais afetadas são: integridade física, segurança emocional, segurança social, gregária, satisfação com a auto-imagem, recreação, educação à saúde .

Para retornar a uma posição de equilíbrio a paciente necessita : (1) aceitar a perda ; (2) reintegrar a imagem corporal ; (3) aceitar viver com risco de recidivas ou de metástases . Essas condições, evidentemente não são facilmente alcançadas.

KOIZUMI (1975) refere-se a " auto - imagem ou identidade do ego, a como uma pessoa percebe conscientemente a si mesmo, ou seja o que a pessoa vê e pensa de si mesma " .

VIEIRA (1976) identifica a imagem corporal como uma " gestalt " que serve para a organização da dinâmica sensorial, tendo base fisiológica e sendo constituída de experiências físicas, psicológicas e sociais. E ressalta: " a imagem do corpo, constitui parte integrante de uma concepção individual da própria personalidade, de seu valor como indivíduo, nas relações com outras pessoas ". Para a mesma autora o conceito de imagem do corpo é útil para se entender as diversas e complexas reações das pessoas às mudanças em seu estado de saúde .

NOVAIS (1975) associa a imagem corporal à organização da própria personalidade .

O esquema corporal, base da imagem corporal está ligado diretamente à formação do auto conceito . Nesta formação entram associações simbólicas ligadas ao comportamento mental e a imagem corporal. A imagem corporal e auto conceito estão relacionados com a formação do ego .

III . METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste estudo exploratório, envolveu os seguintes aspectos :

3.1. UNIVERSO

Clientes com diagnóstico de câncer de mama, de duas instituições hospitalares especializadas, uma da rede federal e outra autárquica, localizadas no município do Rio de Janeiro .

Essas instituições foram escolhidas por atender as seguintes características :

- . assistir à clientela destinada ao tratamento cirúrgico do câncer de mama ;
- . contar com enfermeiros em sua estrutura organizaçional ;
- . dispor de atendimento e acompanhamento ambulatórial para esta cliente .

3.2. POPULAÇÃO

Clientes internadas para tratamento cirúrgico do câncer de mama e clientes operadas em acompanhamento ambulaçtorial, nas referidas instituições, durante o terceiro trimestre do ano de 1980 .

3.3. AMOSTRA

O estudo abrangeu 60 (sessenta) clientes do sexo feminino, selecionadas em Grupos A, B e C com as seguintes características :

- Grupo A - 20 (vinte) clientes no pré-operatório de mastectomia ;
- Grupo B - 20 (vinte) clientes no pós-operatório entre o 3º e 60º dias, período esse considerado no estudo, como pós-operatório imediato ;
- Grupo C - 20 (vinte) clientes no pós-operatório entre 61 dias até 5 anos, período este considerado pós-operatório tardio, as sistidas sob regime ambulatorial .

3.3.1. Critérios de seleção da amostra

Características comuns aos três Grupos :

- . idade cronológica variando entre 35 a 70 anos ;
- . não admitida em condições de urgência ou emergência .

Condições particulares :

- . para o Grupo A - indicação de tratamento cirúrgico com extirpação total ou parcial de uma das mamas ;
- . para o Grupo B - submetida a cirurgia com extirpação total ou parcial de uma das mamas e encontrar-se entre o 3º e 60º dias de pós-operatório ;
- . para o Grupo C - submetida a cirurgia com extirpação total ou parcial de uma das mamas. Encontrar-se entre 61 dias a 5 anos de operada e um acompanhamento ambulatorial.

3.4. INSTRUMENTOS

Os instrumentos empregados para a realização deste estudo foram :

- . prontuário de clientes adotados nas instituições ;
- . formulário para entrevista das clientes (Anexo I) com questões comuns aos três Grupos e uma parte final aplicada somente aos Grupos B e C .
- As partes do formulário comum aos três Grupos abrangem dados relativos a : identificação da cliente, vida da cliente antes da cirurgia, levantamento dos problemas bio-psico-socio-espirituais e levantamento das orientações recebidas durante o pré-operatório .

A parte final do formulário que é comum somente aos grupos B e C envolveu questões sobre : levantamento dos problemas bio-psico-socio-espirituais e levantamento das orientações recebidas por ocasião do pós-operatório .

3.5. PROCEDIMENTO PARA A COLETA DOS DADOS

A aplicação dos instrumentos foi efetuada nos meses de outubro e novembro de 1980. Desenvolveu-se através das seguintes etapas :

- . entrosamento: formal e informal com a administração das instituições visando obter-se autorização para se realizar o estudo ;
- . realização das entrevistas individuais, na enfermaria e/ou ambulatório , cada entrevista durou de 30 a 60 minutos ;

- . leitura e interpretação dos prontuários no intuito de melhor identificar a cliente, o diagnóstico e assistência oferecida .

A coleta de dados esteve totalmente a cargo da autora do trabalho e todas as entrevistas foram realizadas, após prévia autorização das clientes .

3.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico envolveu :

- . apuração manual pela técnica dos quadrados ;
- . apresentação tabular com distribuição de frequências absolutas e relativas .

IV . APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. PERFIL DA AMOSTRA

A amostra estudada caracteriza-se por ser predominante de clientes casadas (71,7%), compreendidas na faixa etária de 35 a 54 anos (73,4%), com um nível de instrução de 1º grau (81,7%), praticante de uma religião (78,5%), com ocupação economicamente produtiva (55,0%), estando licenciadas (42,0%) ou desempregadas (36,0%), não possuindo uma renda própria (46,5%) ou, quando existente, inferior a 5 mil cruzeiros e com uma renda familiar menor de 10 mil cruzeiros .

4.2. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, os dados serão apresentados de forma agrupada :

- . Dados relativos a identificação - Tabelas 1 a 7 .
- . Vida da paciente antes da cirurgia - procurou-se estudar neste particular o relacionamento da cliente, auto-percepção, preferências, imagem corporal, atividades domésticas, recreação - Tabelas 8 a 22.
- . Dados relativos à doença e à cirurgia - reações emocionais, desejo mais importante, medo , esclarecimentos sobre a doença, necessidades espirituais, percepções, orientações recebidas - Tabelas 23 a 28 .
- . Levantamento dos problemas bio-psico-socio- espirituais após a mastectomia - reações no pós-anestésico, percepção com relação ao corpo, preocupações atuais, orientações, consequência da cirurgia sobre o trabalho, o lazer e as relações sexuais - Tabelas 29 a 34 .

a) IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES SEGUNDO A CONDIÇÃO CASADA E NÃO CASADA NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS CONDIÇÃO	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Casada	12	60,0	15	75,0	16	80,0	43	71,7
Não casada	8	40,0	5	25,0	4	20,0	17	28,3
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 1, apresenta a distribuição das clientes, segundo a condição de ser ou não casada, na ocasião da entrevista. Observa-se o predomínio de mulheres casadas 43 (71,7%) assim distribuído: no Grupo C, 16 (80,0%) ; no Grupo B, 15 (75,0%); e no Grupo A , 12 (60,0%) .

Quanto as não casadas verifica-se um total de 17 (28,3%), sendo 8 (40,0%) do Grupo A; 5 (25,0%) do Grupo B; e 4 (20,0%) do Grupo C .

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES CONFORME A FAIXA ETÁRIA NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

FAIXA ETÁRIA \ GRUPOS	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
35 a 44 anos	09	45,0	06	30,0	07	35,0	22	36,7
45 a 54 anos	06	30,0	09	45,0	07	35,0	22	36,7
55 a 64 anos	03	15,0	04	20,0	06	30,0	13	21,6
65 a 70 anos	02	10,0	01	5,0	-	-	03	5,0
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 2, apresenta a distribuição das clientes, segundo faixas etárias. Nota-se que a maior incidência de clientes recai entre 35 a 44 anos e 45 a 54 anos, totalizando 22 (36,7%) respectivamente .

No Grupo A, 9 (45,0%) estavam compreendidas entre 35 a 44 anos; 6 (30,0%) entre 45 a 54 anos e 3 (15,0%) entre 55 a 64 anos .

No Grupo B, 9 (45,0%) enquadram-se na faixa etária de 45 a 54 anos; 6 (30,0%) entre 35 a 44 anos e 4 (20,0%) tinham de 55 a 64 anos .

No Grupo C, 7 (35,0%) compreendiam a faixa etária de 35 a 44 anos e 45 a 54 anos respectivamente; e 6 (30,0%) envolvem a faixa etária de 55 a 64 anos .

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES CONFORME O GRAU DE INSTRUÇÃO NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRAU DE INSTRUÇÃO	GRUPOS		A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1º grau	16	80,0	17	85,0	16	80,0	49	81,7		
2º grau	-	-	3	15,0	1	5,0	4	6,7		
3º grau	1	5,0	-	-	1	5,0	2	3,3		
Não alfabetizada	3	15,0	-	-	2	10,0	5	8,3		
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0		

A Tabela 3, apresenta a distribuição das clientes conforme o grau de instrução e o momento do tratamento. A frequência mais incidente foi de clientes do 1º grau, perfazendo 49 (81,7%) .

No Grupo A, 16 (80,0%) possuem instrução de 1º grau; e 3 (15,0%) não eram alfabetizadas .

Em se tratando do Grupo B, 17 (85,0%) possuíam o 1º grau e 3 (15,0%) o 2º grau .

No que se refere ao Grupo C, 16 (80,0%) declararam ter o 1º grau e 2 (10,0%) não ser alfabetizada .

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES CONFORME A RELIGIOSIDADE NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS RELIGIOSIDADE	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Pratica religião	16	80,0	18	90,0	13	65,0	47	78,5
Não pratica religião	04	20,0	02	10,0	07	35,0	13	21,5
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 4, apresenta a distribuição das clientes conforme a religiosidade. Observa-se que há um total significativo 47 (78,5%) de clientes que praticam alguma religião .

As clientes incluídas no Grupo A, 16 (80,0%) referem praticar religião e 4 (20,0%) não praticam .

As que compõem o Grupo B, 18 (90,0%) ressaltaram a prática da religião e 2 (10,0%) negativaram .

No Grupo C, 13 (65,0%) explicitaram a prática religiosa e 7 (35,0%) a não prática .

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES SEGUNDO SUA OCUPAÇÃO ANTES DE ADOECER, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS OCUPAÇÃO	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Economicamente produtiva	8	40,0	15	25,0	10	50,0	33	55,0
Não economicamente produtiva	12	60,0	5	75,0	10	50,0	27	45,0
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 5 apresenta a distribuição das clientes segundo a ocupação antes de adoecer. Observa-se que 33 (55,0%) das mulheres tinham ocupação economicamente produtiva, enquanto que 27 (45,0%) não a tinham.

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES QUE TINHAM OCUPAÇÃO ECONOMICAMENTE PRODUTIVA E SUA SITUAÇÃO FUNCIONAL NA OCAÇÃO DA ENTREVISTA

SITUAÇÃO \ GRUPOS	A		B		C		TOTAL	
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*
Licenciada	4	12,1	5	15,1	5	15,1	14	42,4
Aposentada	-	-	5	15,1	2	6,1	7	21,2
Desempregada	3	9,1	3	9,1	6	18,2	12	36,4
SUB - TOTAL	7	21,2	13	39,3	13	39,4	33	100,0

* Percentual calculado em torno de 33 clientes .

A Tabela 6, caracteriza a distribuição das clientes conforme a situação funcional .

Licenciadas : 4 (12,1%) do Grupo A; 5 (15,1%) dos Grupos B e C respectivamente, totalizando 14 (42,4%) clientes .

Aposentadas : 5 (15,1%) do Grupo B e 2 (6,1%) do Grupo C, somando-se 7 (21,2%), não foram observados dados quanto ao Grupo A .

Quanto a situação desempregada, constata - se 3 (9,1%) no Grupo A; 3 (9,1%) no Grupo B; e 6 (18,2%) no Grupo C, globalizando 12 (36,4%) .

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES, SEGUNDO SUA RENDA PRÓPRIA E DA SUA FAMÍLIA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS R E N D A	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<u>. Da cliente</u>								
Não possui renda	9	45,0	8	40,0	11	55,0	28	46,5
Menos de 5 mil cruzeiros	5	25,0	10	50,0	7	35,0	22	36,5
De 5 a 10 mil cruzeiros	4	20,0	1	5,0	1	5,0	6	10,0
De 11 a 15 mil cruzeiros	1	5,0	-	-	1	5,0	2	3,5
Mais de 15 mil cruzeiros	1	5,0	1	5,0	-	-	2	3,5
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0
<u>. Da família</u>								
Menos de 10 mil cruzeiros	14	70,0	8	40,0	11	55,0	33	55,0
De 10 a 20 mil cruzeiros	2	10,0	10	50,0	6	30,0	18	30,0
De 21 a 30 mil cruzeiros	4	20,0	1	5,0	-	-	5	8,3
Mais de 30 mil cruzeiros	-	-	1	5,0	3	15,0	4	6,7
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 7, põe em relevo a distribuição das clientes, conforme rendas própria e da família.

No que concerne a renda própria as clientes do Grupo A, referiram : 9 (45,0%) não possuir renda; 5 (25,0%) possui renda inferior a 5 mil cruzeiros; 4 (20,0%) de 5 a 10 mil cruzeiros .

No Grupo B, 8 (40,0%) não possui renda e 10 (50,0%) menos de 5 mil cruzeiros .

No Grupo C, 11 (55,0%) informaram não possuir renda e 7 (35,0%) afirmaram ter renda menos de 5 mil cruzeiros .

Em se tratando da renda familiar, no Grupo A , 14 (70,0%) informaram ser menos de 10 mil cruzeiros; 4 (20,0%) de 21 a 30 mil cruzeiros e 2 (10,0%) de 10 a 20 mil cruzeiros .

No Grupo B, 10 (50,0%) confirmaram uma renda entre 10 a 20 mil cruzeiros, e 8 (40,0%) menos de 10 mil cruzeiros .

Enquanto que no Grupo C, percebe-se que 11 (55,0%) possuem uma renda familiar menor de 10 mil cruzeiros; 6 (30,0%) entre 10 a 20 mil cruzeiros e 3 (15,0%) mais de 30 mil cruzeiros .

b) VIDA DA PACIENTE ANTES DA CIRURGIA

TABELA 8

AUTO-PERCEPÇÃO DAS CLIENTES ANTES DA MASTECTOMIA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS FREQUÊNCIA PERCEPÇÃO	A		B		C		SUBTOTAL				TOTAL							
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		F					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
Bonita	7	35,0	13	65,0	11	55,0	9	45,0	7	35,0	13	65,0	25	41,7	35	58,3	60	100,0
Atraente	10	50,0	10	50,0	10	50,0	10	50,0	9	45,0	11	55,0	29	48,3	31	51,7	60	100,0
Simpática	16	80,0	4	20,0	18	90,0	2	10,0	19	95,0	1	5,0	53	88,3	7	11,7	60	100,0
Elegante	4	20,0	16	80,0	8	40,0	12	60,0	9	45,0	11	55,0	21	35,0	39	65,0	60	100,0
Boa aparência	19	95,0	1	5,0	17	85,0	3	15,0	17	85,0	3	15,0	53	88,3	7	11,7	60	100,0
Feia	5	25,0	15	75,0	9	45,0	11	55,0	4	20,0	16	80,0	18	30,0	42	70,0	60	100,0
Vaidosa	8	40,0	12	60,0	14	70,0	6	30,0	16	80,0	4	20,0	38	63,3	22	36,7	60	100,0
Alegre	13	65,0	7	35,0	17	85,0	3	15,0	18	90,0	2	10,0	48	80,0	12	20,0	60	100,0
Carinhosa	16	80,0	4	20,0	17	85,0	3	15,0	18	90,0	2	10,0	51	85,0	9	15,0	60	100,0
Caridosa	17	85,0	3	15,0	19	95,0	1	5,0	17	85,0	3	15,0	53	88,3	7	11,7	60	100,0
Amiga	19	95,0	1	5,0	20	100,0	-	-	19	95,0	1	5,0	58	96,7	2	3,3	60	100,0

A Tabela 8 apresenta a auto-percepção das clientes antes da mastectomia, conforme o momento do tratamento.

No Grupo A, a maior frequência de respostas afirmativas recai para auto-percepção amiga e boa aparência, 19 (95,0%); caridosa 17 (85,0%); simpática e carinhosa 16 (80,0%) e alegre 13 (65,0%). Quanto às respostas negativas observa-se 16 (80,0%) em relação a elegante; 15 (75,0%) feia; 13 (65,0%) bonita e 12 (60,0%) vaidosa .

No Grupo B, responderam sim : 20 (100,0%) para opção amiga; 19 (95,0%) caridosa; 18 (90,0%) simpática; 17 (85,0%) boa aparência, alegre e carinhosa. Responderam não : 12 (60,0%) no que se refere a percepção elegante; 11 (55,0%) feia; 10 (50,0%) atraente e 9 (45,0%) bonita .

No que trata do Grupo C, confirmaram a auto-percepção antes da cirurgia como : simpática e amiga 19 (95,0%); alegre e carinhosa 18 (90,0%); boa aparência e caridosa 17 (85,0%) .

O maior índice de respostas significativas ocorreu com relação a percepção amiga, em torno de 58 (96,0%); simpática, boa aparência e caridosa 53 (88,3%) respectivamente; carinhosa 51 (85,0%) e alegre 48 (80,0%) .

TABELA 9

PREFERÊNCIAS DAS CLIENTES QUANTO AO MODO DE VESTIR-SE ANTES DA MASTECTOMIA,
NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS RESPOSTAS TIPOS DE ROUPAS	A				B				C				SUBTOTAL				TOTAL	
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alegre	9	45,0	11	55,0	15	75,0	5	25,0	14	70,0	6	30,0	38	63,3	22	36,7	60	100,0
Esportiva	9	45,0	11	55,0	11	55,0	9	45,0	15	75,0	5	25,0	35	58,3	25	41,7	60	100,0
Discreta	12	60,0	8	40,0	14	70,0	6	30,0	14	70,0	6	30,0	40	66,7	20	33,3	60	100,0
Sexualmente atraente	8	40,0	12	60,0	2	10,0	18	90,0	5	25,0	15	75,0	15	75,0	45	75,0	60	100,0
De acordo com a idade	18	90,0	2	10,0	16	80,0	4	20,0	18	90,0	2	10,0	52	86,7	8	13,3	60	100,0

A Tabela 9, apresenta a distribuição das clientes quanto ao modo de vestir-se, dominando as respostas afirmativas .

No Grupo A, 18 (90,0%) clientes informaram preferir roupas de acordo com a idade e 12 (60,0%) discretas. A maior incidência de respostas negativas recaiu sobre os trajes sexualmente atraente 12 (60,0%) e alegre e esportiva, num total de 11 (45,0%) respectivamente .

Já no Grupo B, 15 (75,0%) clientes ressaltaram preferir as alegres, e 14 (70,0%) discretas. No que se refere as respostas negativas houve sobrepujança quanto a opção sexualmente atraente .

No Grupo C, 15 (75,0%) afirmaram preferir roupas esportivas e 14 (70,0%) alegre e discreta respectivamente. A maior frequência de negação foi para o tipo sexualmente atraente .

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES QUANTO A SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO
A SUA IMAGEM CORPORAL ANTES DA MASTECTOMIA
NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

Satisfação \ GRUPOS	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	18	90,0	15	75,0	19	95,0	52	86,6
Não	2	10,0	5	15,0	1	5,0	8	13,4
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 10, apresenta a distribuição das clientes, com relação à satisfação a sua imagem corporal antes da mastectomia. Nota-se que 52 (86,6%) estavam satisfeitas com sua imagem .

As afirmativas foram : no Grupo A, 18 (90,0%); no Grupo B, 15 (75,0%); e no Grupo C, 19 (95,0%) .

Quanto às respostas negativas, pode-se observar : no Grupo A, 2 (60,0%); no Grupo B, 5 (25,0%) e no Grupo C, 1 (5,0%), perfazendo um total 8 (13,4%) que não se encontrava satisfeito com sua imagem corporal .

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES QUANTO ÀS ATIVIDADES DOMÉSTICAS E FREQUÊNCIA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

FREQUÊNCIA ATIVIDADES DOMÉSTICAS	RESPOSTAS OBTIDAS								TOTAL	
	Diariamente		3 x/sem.		1x/sem.		Nunca			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Cozinhas	48	80,0	-	-	8	13,3	4	6,7	60	100,0
Arrumava a casa	48	80,0	-	-	9	15,0	3	5,0	60	100,0
Varria a casa	48	80,0	-	-	9	15,0	3	5,0	60	100,0
Lavava roupa	45	75,0	-	-	7	11,7	8	13,3	60	100,0
Passava roupa	45	75,0	-	-	8	13,3	7	11,7	60	100,0
Costurava	28	46,7	2	3,3	6	10,0	24	40,0	60	100,0
Bordados	13	21,7	1	1,7	4	6,6	42	70,0	60	100,0
Croché	13	21,7	-	-	2	3,3	45	75,0	60	100,0
Tricot	2	3,3	-	-	-	-	58	96,7	60	100,0

A Tabela 11, revela a distribuição das clientes quanto às atividades domésticas e frequência com que realiza as mesmas .

Confirmaram atuar diariamente nas atividades domésticas, sendo 48 (80,0%) no que se refere a cozinha, arruma e varre a casa respectivamente; 45 (75,0%) lava e passa roupa, e 28 (46,7%) costura .

A frequência de desenvolvimento de atividades 1 vez por semana, distribuiu-se em torno de : 9 (15,0%) arruma

e varre a casa ; 8 (13,3%) cozinha e passa roupa; e 7 (11,7%) lava roupa .

No que se refere a opção nunca, os dados obtidos foram : 58 (96,7%) para o tricot; 45 (75,0%) para croché ; 42 (70,0%) bordados e 24 (40,0%) informaram nunca haver costurado .

TABELA 12

RECREAÇÃO PREFERIDA PELAS CLIENTES ANTES DA MASTECTOMIA E
FREQUÊNCIA DESEJADA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

FREQUÊN CIA RECREAÇÃO	RESPOSTAS OBTIDAS						TOTAL	
	Sim		Às vezes		Não			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Leitura	17	28,3	13	21,7	30	50,0	60	100,0
Radio	29	48,3	18	30,0	13	21,7	60	100,0
Televisão	38	63,3	19	31,7	3	5,0	60	100,0
Praia	23	38,3	7	11,7	30	50,0	60	100,0
Cinema	14	23,3	9	15,0	37	61,7	60	100,0
Natação	7	11,6	4	6,7	49	81,7	60	100,0
Clube social	4	6,7	7	11,6	49	81,7	60	100,0
Jogo de azar	17	28,3	1	1,7	42	70,0	60	100,0
Dança	15	25,0	6	10,0	39	65,0	60	100,0

A Tabela 12, apresenta a distribuição da recreação preferida pelas clientes antes da mastectomia e frequência desejada. Observa-se em relação a alternativa sim os seguintes achados: 38 (63,3%) televisão; 29 (48,3%) ouvir rádio; 23 (38,3%) praia; 17 (28,3%) leitura e jogo de azar respectivamente; 15 (25,0%) dança e 14 (23,3%) cinema .

No que diz respeito a opção às vezes, encontra-se : 19 (31,7%) televisão; 18 (30,0%) radio; 13 (21,7%) leitura .

Em relação as respostas negativas observa - se :
49 (81,7%) das clientes,não frequentam praia e clu
be social ; 42 (70,0%) jogo de azar ; 39 (65,0%) dan
ça ; 37 (61,7%) cinema e 30 (50,0%) leitura e
praia respectivamente .

c) DADOS RELATIVOS A DOENÇA

TABELA 13

REAÇÕES EMOCIONAIS QUE AS CLIENTES INFORMAM HAVER
EXPERIMENTADO AO SABER DA PRESENÇA DE TUMOR
NA MAMA, SEGUNDO A OCASIÃO DA ENTREVISTA

REAÇÕES EMOCIONAIS	I N T E N S I D A D E						TOTAL	
	Muito		Pouco		Nenhum			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Medo	40	66,7	9	15,0	11	18,3	60	100,0
Medo de morrer	1	-	-	-	-	-		
Medo de metástase	1	-	-	-	-	-		
Pânico	39	65,0	10	16,7	11	18,3	60	100,0
Preocupação com a <u>al</u> teração física	37	61,7	12	20,0	11	18,3	60	100,0
Preocupação com o diagnóstico	9	-	-	-	-	-		
Revolta	11	18,3	16	26,7	33	55,0	60	100,0
Tristeza	38	63,3	16	26,7	6	10,0	60	100,0
Desejo de tratar - se	47	78,3	7	11,7	6	10,0	60	100,0
Aceitação conforma da	22	36,7	17	28,3	21	35,0	60	100,0
Desespero	10	16,7	-	-	-	-		

A Tabela 13, apresenta as reações emocionais que as clientes informam haver experimentado ao saber da presença de tumor na mama .

Estiveram incluídas na intensidade muito: 47 (78,3%) clientes no que se refere ao desejo de tratar-se ; 40 (66,7%) medo; 39 (65%) pânico; 38 (63,3%) tristeza e 37 (61,7%) preocupação com a alteração física .

Quanto a intensidade pouco, as reações foram em torno de : 17 (28,3%) aceitação conformada; 16 (26,7%) para revolta e tristeza; 12 (20,0%) preocupação com a alteração física; e 10 (16,7%) para a reação pânico .

Com relação a nenhuma reação, observa-se: 33 (55,0%) para revolta; 21 (35,0%) aceitação conformada; e 11 (18,3%) para medo, pânico e preocupação com a alteração física .

TABELA 14

REAÇÕES EMOCIONAIS QUE AS CLIENTES INFORMAM TEREM
SUAS FAMÍLIAS EXPERIMENTADO AO RECEBEREM A
NOTÍCIA DE SUA DOENÇA, NA OCASIÃO
DA ENTREVISTA

REAÇÕES DA FAMÍLIA	Sim		Às vezes		Não		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Tristeza	26	43,3	16	26,7	-	-	42	70,0
Constrangimento	6	10,0	19	31,7	17	28,3	42	70,0
Revolta	5	8,3	14	23,3	23	38,3	42	70,0
Indiferença	10	16,7	7	11,7	25	41,6	42	70,0
Aceitação conformada	18	30,0	14	23,3	10	16,7	42	70,0
Apoio ao tratamento	12	20,0	4	6,7	26	43,3	42	70,0
Não sabe informar	17	28,3	-	-	-	-	17	28,3
Não tem família	1	1,7	-	-	-	-	1	1,7

A Tabela 14, apresenta a distribuição das clientes no que diz respeito as reações emocionais da família ao recebem a notícia de sua doença. Observa-se que 26 (43,3%) apresentaram tristeza; 18 (30,0%) aceitação conformada ; 17 (28,3%) não sabe informar; 12 (20,0%) deram apoio ao tratamento .

No que diz respeito a frequência às vezes 19 (31,7%) expressaram constrangimento; 16 (26,7%) tristeza ; 14 (23,3%) revolta e aceitação conformada respectivamente .

TABELA 15

EXISTÊNCIA OU NÃO DE ALTERAÇÃO NO RELACIONAMENTO DAS
CLIENTES COM PESSOAS PRÓXIMAS E POR ELAS ATRIBUIDOS
À DOENÇA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

P E S S O A S	EXISTÊNCIA DE AL TERAÇÃO		Sim		Não		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Família	17	28,3	42	70,0	59	98,3		
Amigos	11	18,3	49	81,7	60	100,0		
Vizinhos	12	20,0	48	80,0	60	100,0		
Colegas de trabalho	1	1,7	32	53,3	33	55,0		
Patrões	1	1,7	32	53,3	33	55,0		
Não tem família	1	1,7	-	-	1	1,7		

A Tabela 15, mostra a distribuição das clientes, no que diz respeito à alteração no relacionamento com pessoas próximas e por elas atribuídos à doença. Observa-se que as afirmativas foram de 17 (28,3%) quanto a alteração no relacionamento com os membros da família; 12 (20,0%) com os vizinhos e 11 (18,3%) com os amigos .

As negativas foram de 49 (81,7%) em relação aos amigos e 48 (80,0%) quanto aos vizinhos .

TABELA 16

DESEJO MAIS IMPORTANTE QUE AS CLIENTES INFORMAM HAVER EXPERIMENTADO AO SABER DA PRESENÇA DE TUMOR NA MAMA ,
NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

D E S E J O S	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ficar boa	5	25,0	10	50,0	5	25,0	20	33,3
Ser logo submetida à cirurgia	11	55,0	2	10,0	6	30,0	19	31,7
Não ser mutilada	2	10,0	2	10,0	2	10,0	6	10,0
Não se submeter à cirurgia	2	10,0	-	-	3	15,0	5	8,3
Não morrer	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Não perder o ânimo	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Ir para casa	-	-	3	15,0	-	-	3	5,0
Não sabe informar	-	-	3	15,0	2	10,0	5	8,3
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 16, apresenta a distribuição quanto ao desejo mais importante que as clientes informam haver experimentado ao saber da presença de tumor na mama .

No Grupo A, 11 (55,0%) informaram o desejo de ser logo submetida à cirurgia, 5 (25,0%) ficar boa; e 2 (10,0%) não ser mutilada e não se submeter a cirurgia .

No Grupo B, 10 (50,0%) afirmaram o desejo de ficar boa; 3 (15,0%) ir para casa e não sabe informar; 2 (10,0%) ser logo submetida a cirurgia e não ser mutilada .

TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES SEGUNDO A PROCURA DE ESCLARECIMENTO SOBRE SUA DOENÇA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

PROCU RA DE ES- CLARECIMENTO	GRUPOS		A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	8	40,0	9	45,0	7	35,0	24	40,0		
Não	12	60,0	11	55,0	13	65,0	36	60,0		
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0		

A Tabela 17, mostra a distribuição das clientes segundo a procura de esclarecimento sobre sua doença. Observa-se que 36 (60,0%) das mulheres não procuraram esclarecimento e 24 (40,0%) afirmaram a pergunta formulada.

Em relação as clientes do Grupo A, 12 (60,0%) negaram a procura de esclarecimentos e 8 (40,0%) confirmaram .

As clientes do Grupo B, comportaram-se da seguinte maneira : 11 (55,0%) negaram e 9 (45,0%) confirmaram o item formulado .

No Grupo C, 13 (65,0%) declararam não procurar esclarecimentos e 7 (35,0%) afirmaram a procura.

Quanto ao Grupo C, 6 (30,0%) expressaram o desejo de ser logo submetida a cirurgia ; 5 (25,0%) ficar boa; e 3 (15,0%) não se submeter a cirurgia .

O total de maior incidência mais verificado, foi de 20 (33,3%) ficar boa; 19 (31,7%) ser logo submetida à cirurgia; 6 (10,0%) não ser mutilada; e 5 (8,3%) não se submeter a cirurgia e não sabe informar .

TABELA 18

FONTES DE INFORMAÇÕES PROCURADAS PELAS CLIENTES QUANTO A SUA DOENÇA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS F O N T E S	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Médico	4	16,7	8	33,3	4	16,7	16	66,7
Familiares e/ou amigos	2	8,3	3	12,5	3	12,5	8	33,3
Assistente social	-	-	-	-	1	4,2	1	4,2
Leitura	2	8,3	4	16,7	4	16,7	10	41,7

A Tabela 18, apresenta a distribuição das clientes segundo a fonte de informações quanto à sua doença .

No Grupo A, 4 (16,7%) ressaltaram como fonte o médico; 2 (8,3%) familiares e ou amigo e leituras respectivamente .

No Grupo B, 8 (33,3%) referiram o médico ; 4 (16,7%) leituras e 3 (12,5%) familiares e ou amigos .

No Grupo C , 4 (16,7%) evidenciaram o médico e leituras; 3 (12,5%) familiares e ou amigos .

O total de fontes de informações destacadas foi: 16 (66,7%) médico; 10 (41,7%) leituras e 8 (33,3%) familiares e ou amigos .

TABELA 19

MOTIVOS ALEGADOS PELAS CLIENTES PARA NÃO HAVER PROCURADO
ESCLARECIMENTO QUANTO A SUA DOENÇA, NA OCASIÃO DA
ENTREVISTA

MOTIVOS ALEGADOS	GRUPOS		A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Não teve coragem	4	11,1	4	11,1	1	2,8	9	25,0		
Falta de oportuni- dade	2	5,5	5	13,9	8	22,2	15	41,7		
Prefere não saber	6	16,7	2	5,5	4	11,1	12	33,3		
T O T A L	12	33,4	11	30,5	13	36,1		100,0		

A Tabela 19, apresenta a distribuição das clientes segundo os motivos alegados para não haver procurado esclarecimento sobre sua doença .

No Grupo A, 6 (16,7%) justificaram como motivo preferir não saber; 4 (11,1%) não teve coragem .

No Grupo B, 5 (13,9%) informaram falta de oportunidade e 4 (11,1%) não teve coragem .

Em se tratando do Grupo C, 8 (22,2%) falta de oportunidade e 4 (11,1%) prefere não saber .

O global de motivos alegados pelas clientes foi 15 (41,7%) para falta de oportunidade; 12 (33,3%) prefere não saber e 9 (25,0%) não teve coragem .

TABELA 20

IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELAS CLIENTES À RELIGIÃO COMO PONTO DE APOIO PARA A SOLUÇÃO DE PROBLEMAS, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

IM PORTÂNCIA ATRIBUÍDA	GRUPOS		A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Muito importante	7	35,0	9	45,0	8	40,0	24	40,0		
Importante	5	25,0	6	30,0	4	20,0	15	25,0		
Pouco importante	1	5,0	2	10,0	2	10,0	5	8,3		
Sem importância	7	35,0	3	15,0	6	30,0	16	26,7		
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0				

A Tabela 20, apresenta a distribuição das clientes, segundo a importância atribuída à religião como ponto de apoio para a solução de problemas. Observa-se que 24 (40,0%) das mulheres consideram a religião muito importante; enquanto que 16 (26,0%) sem importância .

No Grupo A, 7 (35,0%), revelaram que a religião é muito importante e sem importância respectivamente ; 5 (25,0%) importante .

Já no Grupo B, 9 (45,0%) responderam muito importante; 6 (30,0%) importante; 3 (15,0%) sem importância .

O Grupo C, informam: 8 (40,0%) ser muito importante; 6 (30,0%) sem importância; e 4 (20,0%) importante.

TABELA 21

NECESSIDADE SENTIDA PELAS CLIENTES, DE ASSISTÊNCIA ES
PIRITUAL, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

NECESSIDADE \ GRUPOS	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Muita	1	5,0	4	20,0	6	30,0	11	18,3
Pouca	2	10,0	3	15,0	1	5,0	6	10,0
Não sente	17	85,0	13	65,0	13	65,0	43	71,7
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 21, apresenta a distribuição das clientes no que se refere a necessidade de assistência espiritual. Observa-se 43 (71,7%) das mulheres não sentem necessidade de assistência espiritual; 11 (18,3%) sente muita necessidade e 6 (10,0%) pouca necessidade .

No Grupo A, 17 (85,0%); Grupo B e C 13 (65,0%) respectivamente, informaram negativamente a necessidade de assistência espiritual. Contudo no Grupo C, 6 (30,0%) das mulheres referem sentir muita necessidade dessa assistência .

TABELA 22

TIPO DE ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL, DESEJADA PELAS CLIENTES,
NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

TIPO DE ASSISTÊNCIA	GRUPOS		A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Visita do padre	-	-	4	20,0	1	5,0	5	8,3		
Apoio das pessoas amigas	1	5,0	-	-	2	10,0	3	5,0		
Visita ao templo religioso	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7		
Visita ao centro espírita	-	-	-	-	2	10,0	2	3,3		
Sente pouca ou nenhuma necessidade de assistência espiritual	19	95,0	16	80,0	14	70,0	49	81,7		
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0		

A Tabela 22, caracteriza o tipo de assistência espiritual desejada pelas clientes .

No Grupo A, 19 (95,0%) citaram sentir pouca ou nenhuma necessidade de assistência espiritual e somente 1 (5,0%) referiu necessitar de apoio das pessoas amigas .

No Grupo B, 16 (80,0%) verbalizaram sentir pouca ou nenhuma necessidade de assistência espiritual e 4 (20,0%) desejaram a visita do padre .

No Grupo C, 14 (70,0%) também expressaram sentir pouca ou nenhuma necessidade de assistência espiritual e 2 (10,0%) optaram pelo apoio das pessoas amigas e visita ao centro espírita .

d) DADOS RELATIVOS A CIRURGIA

TABELA 23

PERCEPÇÕES DAS CLIENTES SOBRE A CIRURGIA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

PERCEPÇÃO DA CLIENTE	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
A melhor medida terapêutica	13	65,0	16	80,0	14	70,0	43	71,7
Uma medida desnecessária	2	10,0	3	15,0	2	10,0	7	11,7
Uma medida drástica	1	5,0	-	-	1	5,0	2	3,3
Não sabe informar	3	15,0	1	5,0	1	5,0	5	8,3
Outras	1	5,0	-	-	2	10,0	3	5,0
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 23, reflete a distribuição das clientes segundo a percepção sobre a cirurgia. Observa-se que 43 (71,7%) a consideram como melhor medida terapêutica; 7 (11,7%) uma medida desnecessária e 5 (8,3%) não sabem informar .

No Grupo A, 13 (65,0%) clientes consideram a cirurgia como melhor medida terapêutica; 3 (15,0%) não sabe informar .

No Grupo B, 16 (80,0%) a percebe como a melhor medida terapêutica e 3 (15,0%) uma medida desnecessária .

No Grupo C, 14 (70,0%) encaram a cirurgia como a melhor medida terapêutica e 2 (10,0%) como uma medida desnecessária e outras .

TABELA 24

INTENSIDADE COM QUE AS CLIENTES SE PREOCUPAM COM AS ALTERAÇÕES NA SUA IMAGEM CORPORAL NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS \ INTENSIDADE	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Muito	11	55,0	12	60,0	12	60,0	35	58,3
Pouco	6	30,0	3	15,0	2	10,0	11	18,3
Não se preocupa	3	15,0	5	25,0	6	30,0	14	23,4
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

A Tabela 24, apresenta a distribuição das clientes segundo a intensidade com que elas se preocupam com as alterações na sua imagem corporal. Observa-se que a grande maioria 35 (58,3%) se preocupa muito, enquanto que 14 (23,4%) não se preocupa e 11 (18,3%) pouco se preocupa .

No Grupo A, 11 (55,0%) das clientes classificaram a intensidade da preocupação como muito; 6 (30,0%) como pouco e 3 (15,0%) afirmaram não se preocupar .

Em se tratando do Grupo B, 12 (60,0%) informaram muito se preocupar e 5 (25,0%) não se preocupam .

No Grupo C, 12 (60,0%) responderam que a intensidade de enquadra-se como muita; 6 (30,0%) não se preocupam .

TABELA 25

INTENSIDADE E DIREÇÃO FOCAL DO MEDO SENTIDO PELAS CLIENTES
AO SABER DA INDICAÇÃO DA CIRURGIA, NA OCASIÃO DA
ENTREVISTA

DIREÇÃO FOCAL \ INTENSIDADE	MUITO		POUCO		NENHUM		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
O desconhecido	10	16,7	14	23,3	36	60,0	60	100,0
Os acidentes durante a cirurgia	27	45,0	12	20,0	21	35,0	60	100,0
A anestesia	27	45,0	15	25,0	18	30,0	60	100,0
O ato cirurgico	23	38,0	14	23,4	23	38,3	60	100,0
A alteração física	42	70,0	10	16,7	8	13,3	60	100,0
A dor	32	53,0	18	30,0	10	16,7	60	100,0
Ao desconforto	33	55,0	17	28,3	10	16,7	60	100,0
As metástases	3	5,0	3	5,0	54	90,0	60	100,0

A Tabela 25, apresenta a distribuição das clientes segundo a intensidade e direção focal do medo sentido por elas ao saber da indicação cirúrgica .

No que se refere a intensidade considerada muito, 42 (70,0%) referiram como direção focal a alteração física; 33 (55,0%) medo do desconforto; 32 (53,3%) medo da dor; e 27 (45,0%) os acidentes durante a cirurgia e a anestesia .

Quanto a intensidade pouco : 18 (30,0%) foi para a direção focal relativa a dor , 17 (28,3%) des

conforto; 15 (25,0%) anestesia e 14 (23,3%) desconhecido e ato cirúrgico .

No que diz respeito a nenhum medo a direção focal incidiu em torno de : 36 (60,0%) ao desconhecido ; 23 (38,3%) o ato cirúrgico; 21 (35,0%) os acidentes durante a cirurgia e 18 (30,0%) a anestesia .

TABELA 26

SIGNIFICADO DA MAMA PARA AS CLIENTES E GRAU DE IMPORTÂNCIA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

SIGNIFICADO \ GRAU DE IMPORTÂNCIA	RESPOSTAS OBTIDAS						TOTAL	
	MUITO		POUCO		NENHUMA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Símbolo de feminilidade	36	60,0	17	28,3	7	11,7	60	100,0
Órgão de estética	43	71,7	13	21,6	4	6,6	60	100,0
Órgão sexual	32	53,4	17	28,3	11	18,3	60	100,0

A Tabela 26, apresenta a distribuição das clientes quanto ao significado da mama e grau de importância por elas atribuído.

No que se refere ao grau de importância muito, 43 (71,7%) afirmaram como significado, ser a mesma um órgão de estética; 36 (60,0%) um símbolo de feminilidade e 32 (53,4%) órgão sexual.

No que trata do grau pouco, 17 (28,3%) expressaram como significado o símbolo de feminilidade e órgão sexual; e 13 (21,6%) órgão de estética.

Quanto ao grau nenhuma importância, 11 (18,3%) referiram o significado de órgão sexual; 7 (11,7%) símbolo de feminilidade; e 4 (6,6%) órgão sexual.

TABELA 27

ASSUNTOS ESPECÍFICOS SOBRE OS QUAIS AS CLIENTES RECEBERAM ORIENTAÇÕES, NO PRÉ-OPERATÓRIO, SEGUNDO A OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Período de hospitalização	-	-	-	-	3	15,0	3	5,0
Duração da cirurgia	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Tipo de anestesia a ser usada	-	-	2	10,0	4	20,0	6	10,0
Período de pós-operatório	-	-	2	10,0	2	10,0	4	6,7
Possibilidade de extirpação	20	100,0	19	95,0	20	100,0	59	98,3
Possibilidade de uso de prótese	1	5,0	4	20,0	3	15,0	8	13,3
Limitação dos movimentos	-	-	2	10,0	4	20,0	6	10,0
Exercícios com o braço	1	5,0	2	10,0	4	20,0	7	11,7

A Tabela 27, apresenta a distribuição das clientes segundo os assuntos específicos sobre os quais receberam orientações. Observa-se que 59 (98,3%) foram orientadas sobre a possibilidade de extirpação da mama, 8 (13,3%) sobre a possibilidade de uso de prótese e 7 (11,7%) quanto a importância dos exercícios com o braço, 6 (10,0%) tipo de anestesia a ser usada e limitação dos movimentos respectivamente.

Em se tratando do Grupo A, 20 (100,0%) informaram ter recebido orientação quanto a possibilidade de extirpar a mama, e 1 (5,0%) possibilidade de uso de prótese e exercício com o braço respectivamente .

No Grupo B, 19 (95,0%) referiram ter sido orientadas quanto a possibilidade de extirpação da mama ; 4 (20,0%) possibilidade do uso de prótese e 2 (10,0%) tipo de anestesia a ser usada, período de pós-operatório, limitação dos movimentos e exercício com o braço .

No Grupo C, 20 (100,0%) receberam orientação quanto a possibilidade de extirpação da mama e apenas 4(20,0%) quanto ao tipo de anestesia a ser usada, limitação dos movimentos e exercícios com o braço; 3 (15,0%) sobre o período de hospitalização e uso de próteses .

TABELA 28

PESSOAS QUE ORIENTARAM AS CLIENTES SOBRE ASSUNTOS
RELACIONADOS À SUA DOENÇA E TRATAMENTO
NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS ORIENTADOR	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Médico	1	5,0	2	10,0	10	50,0	13	21,6
Enfermeira	-	-	-	-	2	10,0	2	3,3
Assistente social	19	95,0	18	90,0	13	65,0	50	83,3
Fisioterapeuta	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Auxiliar de enfermagem	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Familiares	1	5,0	4	20,0	1	5,0	6	10,0
Companheiras de enfermagem	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Amigas na mesma situação	3	15,0	-	-	1	5,0	4	6,7

A Tabela 28, destaca a distribuição das clientes segundo as pessoas que as orientaram sobre assuntos relacionados à sua doença e tratamento. Observa-se que 50 (83,3%) tiveram como orientador a assistente social, 13 (21,6%) o médico; e 6 (10,0%) os familiares.

No Grupo A, 19 (95,0%) clientes afirmaram ter tido como orientador a assistente social; 3 (15,0%) amigas na mesma situação; e apenas 1 (5,0%) com o médico e familiares respectivamente.

No Grupo B, 18 (90,0%) ressaltaram a assistente social; 4 (20,0%) os familiares e 2 (10,0%) o médico.

Quanto ao Grupo C, a frequência foi de : 13(65,0%) para a assistente social; 10 (50,0%) para o médico e 2 (10,0%) relataram ter tido como orientador a enfermeira .

e) LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS BIO-PSICO-SOCIOESPIRITUAIS

TABELA 29

REAÇÕES EMOCIONAIS QUE AS CLIENTES INFORMAM HAVER EXPERIMENTADO AO DESPERTAR DA ANESTESIA APÓS A MASTECTOMIA NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS REAÇÕES NO PÓS-ANESTÉSICO	B		C		TOTAL	
	F	% *	F	% *	F	% *
Vontade de chorar	5	25,0	6	30,0	11	27,5
Choro	6	30,0	6	30,0	12	30,0
Depressão	14	70,0	15	75,0	29	72,5
Revolta	9	45,0	10	50,0	19	47,5
Indiferença	3	15,0	6	30,0	9	22,5
Alívio	11	55,0	14	70,0	25	62,5
Agitação	10	50,0	5	25,0	15	37,5
Procurar o seio extirpado	2	10,0	10	50,0	12	30,0
Dormir para esquecer	-	-	1	5,0	1	2,5
Perguntar se já havia sido operada	4	20,0	1	5,0	5	12,5

* Percentual para cada grupo de 20 e para o total 40

A Tabela 29, apresenta a distribuição das clientes segundo as reações emocionais experimentadas ao despertar da anestesia. Observa-se que 29 (72,5%) das clientes ficaram deprimidas; 25 (62,5%) sentiram alívio ; 19 (47,5%) revolta; e 15 (37,5%) agitação .

As reações pós-anestésicas experimentadas pelas clientes do Grupo B, foram : 14 (70,0%) de depressão; 11 (55,0%) de alívio; 10 (50,0%) de agitação; e 9 (45,0%) revolta .

Quanto ao Grupo C, ocorreu as seguintes reações: 15 (75,0%) depressão; 14 (70,0%) alívio e 10 (50,0%) revolta e procurar o seio extirpado respectivamente .

TABELA 30

REAÇÕES À ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL SENTIDAS
PELAS CLIENTES APÓS A MASTECTOMIA, NA OCASIÃO
DA ENTREVISTA

GRUPOS REAÇÕES	B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Sensação de desfiguramento	16	80,0	15	75,0	31	77,5
Vergonha	13	65,0	14	70,0	27	67,5
Preocupação com a opinião dos outros	14	70,0	16	80,0	30	75,0
Constrangimento	14	70,0	13	65,0	27	67,5
Pavor quando olha a cicatriz	1	5,0	1	5,0	2	5,0
Aceitação (vive bem com a alteração física	-	-	1	5,0	1	2,5

A Tabela 30, especifica os tipos de reações à alteração da imagem corporal após a mastectomia .

No Grupo B, 16 (80,0%) clientes referiram sensação de desfiguramento; 14 (70,0%) preocupação com a opinião dos outros e constrangimento e 13 (65,0%) vergonha.

No Grupo C, as reações foram : 16 (80,0%) preocupação com a opinião dos outros; 15 (75,0%) sensação de desfiguramento; 14(70,0%) vergonha; e 13(65,0%)constrangimento.

O total de reações resume-se em 31 (77,5%) sensação de desfiguramento; 30 (75,0%) preocupação com a opinião dos outros e 27 (67,5%) vergonha e constrangimento respectivamente .

TABELA 31

PREOCUPAÇÕES MANIFESTADAS PELAS CLIENTES APÓS A
MASTECTOMIA NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS PREOCUPAÇÕES	B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Não se sentir mais atraente	8	40,0	12	60,0	20	50,0
As pessoas não a acharem atraente	7	35,0	11	55,0	18	45,0
Sentir-se diferente das outras mulheres	13	65,0	15	75,0	28	70,0
Perder o afeto do marido ou companheiro	9	45,0	10	50,0	19	47,5
Perder o afeto das pessoas	12	60,0	5	25,0	17	42,5
Ser rejeitada pelos filhos e/ou família	3	15,0	4	20,0	7	17,5
Com metástases	3	15,0	-	-	3	7,5

A Tabela 31, demonstra as preocupações manifestadas pelas clientes após a mastectomia. Observa-se que a maior preocupação foi sentir-se diferente das outras mulheres 28 (70,0%); em seguida 20 (50,0%) não se sentir mais atraente; 19 (47,5%) perder o afeto do marido ou companheiro; 18 (45,0%) as pessoas não a acharem atraente .

Verifica-se que no Grupo B, as preocupações foram 13 (75,0%) sentir-se diferente das outras mulheres ,

12 (60,0%) perder o afeto das pessoas; 9 (45,0%) perder o afeto do marido ou companheiro; e 8(40,0%) não se sentir atraente .

O Grupo C, destacou como preocupação : 15(75,0%) sentir-se diferente das outras mulheres ; 12(60,0%) não se sentir atraente ; 11 (55,0%) as pessoas não a acharem atraente e 10 (50,0%) perder o afeto do marido e ou companheiro .

TABELA 32

CONSEQUÊNCIAS DA CIRURGIA PARA AS CLIENTES NO QUE SE RE
FERE AO TRABALHO AO LAZER E AS RELAÇÕES SEXUAIS
NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS CONSEQUÊNCIAS	B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
<u>. Trabalho e lazer</u>						
Dificuldades de retor nar ao trabalho	15	75,0	15	75,0	30	75,0
Limitação das ativida des sociais	13	65,0	15	75,0	28	70,0
Limitação das ativida des cotidianas	15	75,0	18	90,0	33	82,5
Tristeza com a limita ção física	3	15,0	-	-	3	7,5
<u>. Relacionamento sexual</u>						
Vergonha do corpo	10	50,0	15	75,0	25	62,5
Vergonha do parceiro sexual	9	45,0	12	60,0	21	52,5
Medo de ser rejeitada pelo parceiro	7	35,0	10	50,0	17	42,5
Medo de tornar-se frí gida	5	25,0	14	70,0	19	47,5
Medo de iniciar uma no va relação	4	20,0	12	60,0	16	40,0
Perda do interesse pe lo sexo	2	10,0	5	25,0	7	17,5
Inatividade sexual	5	25,0	8	40,0	13	32,5
Foi abandonada pelo parceiro sexual	-	-	4	20,0	4	10,0

A Tabela 32, reflete as conseqüências da cirurgia para as clientes, no que diz respeito ao trabalho, lazer e relações sexuais .

As conseqüências em relação ao trabalho e lazer foram : no Grupo B, 15 (75,0%) dificuldade de retornar ao trabalho e limitação das atividades cotidianas e 13 (65,0%) limitação das atividades sociais .

No Grupo C, observa-se 18 (90,0%) das clientes informam ser a limitação das atividades cotidianas, 15 (75,0%) dificuldade de retornar ao trabalho e limitação das atividades sociais .

Obtendo-se um total de 33 (82,5%) limitação das atividades cotidianas; 30 (75,0%) dificuldade de retornar ao trabalho e 28 (70,0%) limitação das atividades cotidianas .

No que se refere ao relacionamento sexual, as respostas foram :

Para o Grupo B, 10 (50,0%) vergonha do corpo ; 9 (45,0%) vergonha do parceiro sexual; 7 (35,0%) medo de ser rejeitada pelo parceiro sexual e 5 (25,0%) medo de tornar-se frígida e inatividade sexual .

No Grupo C, as clientes também expressaram 15 (75,0%) vergonha do corpo; 14 (70,0%) medo de tornar-se frígida; 12 (60,0%) vergonha do parceiro sexual e medo de iniciar uma nova relação; 10 (50,0%) medo de ser rejeita da pelo parceiro; 8 (40,0%) inatividade sexual; 5 (25,0%) perda do interesse pelo sexo e 4 (20,0%) foi abandonada pelo parceiro sexual .

A totalidade de resposta atingida foi: 25 (62,5%) vergonha do corpo; 21 (52,5%) vergonha do parceiro sexual; 19 (47,5%) medo de tornar-se frígida; 17 (42,5%) medo de ser rejeitada pelo parceiro sexual e 16 (40,0%) medo de iniciar uma nova relação .

f) ORIENTAÇÃO APÓS A MASTECTOMIA

TABELA 33

ASSUNTOS SOBRE OS QUAIS AS CLIENTES RECEBERAM ORIENTAÇÕES APÓS A MASTECTOMIA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

ASSUNTOS \ GRUPOS	B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
	Importância e necessidade de exercício com o braço	18	100,0	20	100,0	38
Adaptação às atividades domésticas	-	-	-	-	-	-
Reinício das atividades sociais	-	-	-	-	-	-
Reinício das atividades sexuais	-	-	-	-	-	-
T O T A L	18	100,0	20	100,0	38	95,0

A Tabela 33, enfatiza os assuntos sobre os quais as clientes receberam orientações após a mastectomia.

Observa-se que houve um consenso de respostas quanto aos assuntos, uma vez que no Grupo B, 18 (94,4%) e no Grupo C 20 (100,0%), expressaram ter recebido orientações quanto a importância e necessidade de exercício com o braço, atingindo um global de 38 (95,0%) de respostas.

TABELA 34

PESSOAS QUE ORIENTARAM AS CLIENTES APÓS A MASTECTOMIA,
CONFORME INFORMAÇÕES NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS ORIENTADOR	B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Assistente Social	17	94,5	14	70,0	31	81,5
Enfermeira	-	-	-	-	-	-
Fisioterapeuta	-	-	2	5,3	2	5,3
Médico	1	5,	3	15,0	4	10,5
Psicólogo	-	-	1	5,5	1	2,7
T O T A L	18	90,0	20	100,0	38	100,0

A Tabela 34, especifica os profissionais que o rientaram as clientes após a mastectomia .

No Grupo B, 17 (94,5%) afirmaram ter recebido orientação do Assistente Social ; 1 (5,5%) do Médico .

No Grupo C, 14 (70,0%) informaram ter tido como orientador o Assistente Social ; 3 (15,0%) o médico e 2 (10,0%) o Fisioterapeuta .

O total obtido foi de 31 (81,5%) para o Assistente Social ; 4 (10,5%) para o Médico ; 2 (5,3%) para o Fisioterapeuta .

V . ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Quanto a identificação da amostra, algumas particularidades devem ser destacadas, entre elas, a condição casada e não casada. Considerou-se como característica diferencial entre os dois grupos o fato de a mulher ter ou não um companheiro ou marido, independentemente do estado civil. Percebe-se elevada incidência de câncer da mama em mulheres casadas, 43 (71,7%), dados estes contidos na Tabela 1. SAVLOV (1977) e JUAÇABA (1977), referem que a maior incidência do câncer mamário ocorre nas mulheres sem filhos, ou de primeira gestação tardia, mulheres que não amamentaram, com antecedentes de uso prolongado de estrogênios. Ressaltam ainda que há famílias que apresentam uma incidência de câncer de mama significativamente maior que outras. ALVES (1973) tem o mesmo consenso que SAVLOV e JUAÇABA, registrando que o câncer mamário é mais baixo em mulheres casadas que tiveram muitos filhos e amamentaram. Diverge entretanto, dos autores acima, ao expressar que a hereditariedade ainda é estudada .

No que se refere ao grupo etário - Tabela 2, verifica-se uma elevada frequência de câncer da mama nas mulheres na faixa etária compreendida entre 35 a 44 anos e 45 a 54 anos, num total de 22 (36,7%) respectivamente. Estes achados vêm ao encontro da citação de ALVES e WOODS (1978), que registram o fato de ser mais frequente em mulheres entre 40 e 65 anos .

Estudou-se a escolaridade, por ser importante no trabalho educativo, visto que o roteiro de orientação deve ser adequado ao grau de instrução. Constatou-se na Tabela 3, que a instrução dominante foi a de 1º grau somando-se 49 (81,7%), resultado este esperado, considerando-se o tipo de clientela que procura a instituição (previdenciária) .

A religiosidade foi outra variável estudada, a fim de permitir a análise da importância atribuída pelas clientes à religião como ponto de apoio para a solução de problemas. Foi classificada sob o aspecto: prática ou não prática a religião - Tabela 4. As respostas obtidas neste trabalho mostram que 47 (78,5%) das clientes praticam alguma religião .

No que se refere a ocupação antes de adoecer - Tabela 5, 33 (55,0%) das mulheres verbalizaram ter ocupação economicamente produtiva, dados estes bem diversificados e melhores especificados no Quadro Demonstrativo I, sendo que aquelas como não economicamente produtiva, 27 (45,0%) , afirmam ter como ocupação prendas do lar. A Tabela 6 mostra que, das 33 clientes que afirmaram ter ocupação economicamente produtiva, a situação funcional na ocasião da entrevista era de: 14 (42,4%) licenciadas e 12 (36,4%) de empregadas .

A renda da cliente e família na ocasião da entrevista é retratada na Tabela 7, demonstrando que 28 (46,5%) não possuía renda própria e 22 (36,5%) percebia menos de 5 (cinco) mil cruzeiros. Quanto a renda familiar, pode-se observar que 33 (55,0%) informaram um rendimento inferior a 10 (dez) mil cruzeiros, caracterizando sobre maneira, a precaridade econômica em que vive a clientela. O relevo dado à ocupação antes de adoecer, à situação funcional na ocasião da entrevista e a renda da cliente e família, deve-se à importância de pesquisar-se os fatores econômicos, devido aos seus reflexos de ordem psicossocial que serão apresentados posteriormente . PIATO (1979) recomenda que as variáveis ocupação, posição social e situação econômica, devem ser levadas em consideração, porque de um ponto de vista puramente objetivo, uma mutilação poderá parecer mais significativa numa mulher jovem que tem diante de si toda uma vida que numa mulher idosa; mais nu

ma atriz ou pessoa da vida pública que numa camponesa .

Procurou-se estudar o relacionamento da cliente, auto-percepção, gosto e preferência por roupas, imagem corporal , atividades domésticas e recreativas preferidas antes da mastectomia .

Ao investigar-se a auto-percepção das clientes antes da mastectomia - Tabela 8, constataram-se maiores índices de respostas afirmativas. Os grupos conservaram uma semelhança quanto às auto-percepções relativas às qualidades : amigável, boa aparência, caridosa, carinhosa, simpática e alegre. Houve divergência apenas nos Grupos B e C, quanto à percepção relativa: a vaidade, que se relaciona à imagem ou esquema corporal no adulto. PIATO, afirma ser esta imagem coincidente com padrões idealizados , deseenvolvida através do complexo processo de organização da personalidade. Este processo deve resultar em uma atitude psíquica de auto-afirmação, auto-estima, ausência de ansiedades desnecessárias e de hostilidades irracionais e a uma participação ativa e criadora na vida. Convém ressaltar que PIATO define imagem corporal de forma diferente de outros autores, dentre eles SCHILDER, que a considera como o conceito que o indivíduo tem do seu próprio corpo como um objeto no espaço, independente ou separado de todos os outros objetos. VIEIRA (1976), no entanto, diz que a imagem do corpo, constitui parte integrante de uma concepção individual da própria personalidade, de seu valor como indivíduo, nas relações com outras pessoas. Ressalta ainda, que o conceito de imagem corporal gera um modo de pensar sobre o próprio corpo e como este se relaciona com o meio que o cerca .

Relacionando ao estudo da auto-imagem percebida pelas clientes, indagou-se o modo de vestir das clientes antes da mastectomia - Tabela 9, e a satisfação quanto à sua imagem corporal - Tabela 10. Com relação ao modo de

vestir-se, houve uma grande incidência de respostas afirmativas quanto às variáveis "de acordo com a idade" e "discreta", seguindo-se de "esportiva" e "alegre" para todos os grupos entrevistados. A menor frequência de respostas recaiu sobre o tipo de roupa "sexualmente atraente". Tais achados divergem em parte das referências de BRUNNER et alii que enfatiza na escolha do vestuário da mulher à busca da perfeição das formas. A mesma autora afirma que nas culturas ocidentais, particularmente nos Estados Unidos, o valor social atribuído à aparência, principalmente ligada a forma corporal, tem levado as mulheres a usar sutiãs de bom corte que dêem boa silhueta.

No que diz respeito à satisfação com a imagem corporal antes da mastectomia - Tabela 10, um grande número de clientes, 52 (86,6%) afirmou sentir-se satisfeita e somente 8 (13,4%) o negou. Os resultados obtidos quanto a imagem corporal levam a supor que existe alguma negação no que se refere ao estado em que se encontra a cliente e suas perspectivas para o futuro. MANGEN (1967) afirma que a negação é um fato comum no paciente portador de câncer, podendo consistir em mecanismo de defesa relacionado com o medo. Registra inclusive que estes pacientes geralmente não nos deixarão perceber essa reação.

A frequência com que as atividades domésticas eram desenvolvidas - Tabela 11, houve grande predomínio para as frequências diariamente e uma vez por semana, para cozinhar, arrumar e varrer a casa. Em segundo plano, lavar e passar roupa. O total de atividades 3 vezes por semana foi insignificante, podendo-se constatar no Quadro Demonstrativo II, um número significativo de clientes que afirmou nunca costurar, bordar, fazer crochê e tricô.

Estes resultados vão de encontro aqueles evidenciados na Tabela 5 e Quadro Demonstrativo I, que mostram uma maior frequência de "empregada doméstica" e de ocupação

denominada "prendas do lar" .

No que concerne à recreação preferida pelas clientes antes da mastectomia - Tabela 12 e Quadro Demonstrativo III, as respostas dominantes foram negativas para "natação", "clube social", "jogo de azar" e "dança", justificados plenamente pelo nível socio-econômico da amostra. As respostas afirmativas foram para televisão, rádio, praia e leitura; e às vezes para as opções acima, incluindo - se o cinema, recreações, estas acessíveis às clientes pertencentes ao estudo .

No que se refere às reações emocionais experimentadas pelas clientes ao tomar conhecimento da presença de tumor na mama - Tabela 13, os resultados apresentam-se acima da média para as reações : 47 (78,3%) desejo de tratar-se; 40 (66,7%) medo ; 39 (65,0%) pânico ; 38 (63,8%) tristeza; 37 (61,7%) preocupação com a alteração física. Esta diversidade de reações emocionais - Quadro Demonstrativo IV, mesmo independentemente da intensidade com que se apresentam, tem sido destacada por vários autores. BIRD (1974 e 1975) cita o medo, a preocupação com a alteração física, a ansiedade, confirmando ainda que, a tristeza é o sentimento mais freqüente nestas pacientes ; BRUNNER/SUDDARTH, destacam a ansiedade pré-operatória, insegurança emocional, confirmando também a preocupação com a alteração física. PIATO, registra que algumas mulheres que tiveram câncer da mama informaram que sua primeira reação diante da confirmação diagnóstica foi ficarem "choçadas", "atemorizadas" e em "pânico" .

As reações emocionais das famílias, percebidas pelas clientes - Tabela 14 e Quadro Demonstrativo V, foram de tristeza, aceitação conformada, constrangimento e revolta, semelhantes, portanto, àquelas das clientes. Merece ainda destacar-se o grande número de respostas negativas no que se refere ao apoio ao tratamento pelos familiares,

percepção esta que pode estar relacionada ao impacto que a doença provoca. Esta afirmativa é ratificada por COBURN (1975) ao descrever sua experiência junto à família, levando-a a conclusão de que as pessoas enfermas precisam dividir suas experiências desagradáveis e que a falta de ajuda procede do medo de envolvimento ou mesmo do medo que seus conselhos e ajuda sejam rejeitados .

Quanto à influência das reações emocionais na alteração do relacionamento das clientes com as pessoas próximas - Tabela 15, constatou-se a sobrepujança de respostas negativas em todos os grupos em relação às pessoas questionadas, resultado este demonstrado no Quadro Demonstrativo VI .

O desejo mais importante que as clientes informaram haver experimentado ao saber da presença de tumor na mama, foi o de "ser logo submetida à cirurgia" para o Grupo A; "ficar boa" e "não ser mutilada". Apenas 3 (15,0%) clientes do Grupo C referiram como desejo "não ser submetida à cirurgia" .

Nos aspectos relativos ao esclarecimento sobre a doença - Tabelas 17, 18 e 19, ficou patenteado que uma grande maioria não procurou esclarecimento quanto à doença. As clientes que o procuraram, usaram como fonte de informações o médico e leituras. Os motivos impeditivos a procura de esclarecimento foram a falta de oportunidade e em segundo plano, preferir não saber. Estas afirmativas são confirmadas, por ABRAMS (1966) quando diz que o câncer é a mais apavorante de todas as doenças, "as pessoas continuam a pensar em câncer como um assassino", e ambos, pacientes e médicos, utilizam eufemismos para evitar a "terrível" palavra. Refere ainda, que o paciente com câncer geralmente está consciente e atento ao fato de que tem câncer, e está reagindo ao mesmo, ficando em dúvida, se fala ou não a palavra. Ele pode não usar a palavra câncer, mas toda sua

atividade verbal aponta para seu claro entendimento e a natureza da doença; por fim, o autor acima refere que o médico hesita comunicar e interpretar este diagnóstico como ele faz em outras situações médicas, por esta ser uma situação constrangedora .

A importância atribuída pelas clientes à religião, como ponto de apoio para a solução de problemas - Tabelas 20, 21 e 22, obteve a maior frequência de respostas afirmativas para as opções "muito importante" e "importante". No entanto, 43 (71,7%) afirmaram não sentir necessidade de assistência espiritual .

Quanto aos aspectos relativos à cirurgia propriamente dita, na fase que antecedeu a cirurgia, as percepções das clientes sobre a modalidade do tratamento - Tabela 23, foi considerada pelos três grupos como a melhor medida terapêutica. Estes dados confirmam os registros de SCHMALE (1977), ao referir que embora a cirurgia possa determinar desconforto e incapacidade, as pacientes a preferem, porque em geral, consideram como o tratamento mais eficaz ou completo. Prossegue afirmando, que a preocupação em salvar a própria vida transfere para um segundo plano, as demais preocupações, pelo menos nos primeiros meses .

Apesar da clientela confiar no valor terapêutico da cirurgia, a intensidade de preocupações com alterações na sua imagem corporal está evidenciada na Tabela 24, prevalecendo a opção muito preocupada .

O medo da cirurgia - Tabela 25 e Quadro Demonstrativo VII, direcionou-se primariamente e com muita intensidade para os focos "alteração física", "desconforto", "dor" e "acidentes durante a anestesia", medos estes especificados por GIBERTONI (1967); AMANCIO (1976); BIRD (1975) e MASON (1976). A negação mais destacada foi quanto às metástases e ao medo do desconhecido. Supõe-se que a elevada frequência da intensidade "nenhum" no que se refere

ao medo das metástases, pode ser atribuída a falta de esclarecimentos sobre a doença, já retratada na Tabela 17 e a fonte de informações - Tabela 18, procedente de pessoal não pertencente à equipe de saúde, como familiares e leituras .

O significado da mama foi estudado sob três aspectos: "símbolo de feminilidade", "órgão de estética" e "órgão sexual" - Tabela 26 . A importância atribuída pelas clientes a mama resultou em maior número de respostas "muito importante" como órgão de estética e símbolo de feminilidade. Resultados estes em consonância com aqueles pesquisados anteriormente ao investigar-se aspectos relativos à imagem corporal. Contudo, no que se refere a mama como "órgão sexual" 11 (18,3%) das clientes informaram não ter "nenhuma importância", o que diverge dos resultados obtidos na Tabela 31 quando estas clientes referem que uma de suas maiores preocupações é "perder o afeto do marido ou companheiro" .

No que diz respeito ao preparo pré-operatório destas clientes nota-se que o mesmo quase não existe - Tabela 27. Pois, o único aspecto que se apresenta de maneira muito elevada é o que se refere à possibilidade de extirpação da mama, ficando os demais em segundo plano. Poder-se ainda observar - Tabela 28, que estas orientações em sua grande totalidade são realizadas pela assistente social . HAAGENSEN (1954) afirma que para as pacientes com nódulos no seio para operar, grande cuidado deveria ser devotado para o preparo psicológico. Mas, pouco ou nenhuma atenção é usualmente dada, e essa negligência sobre o aspecto mental da paciente com câncer de mama é o maior defeito no cuidado da cirurgia e que o mesmo deveria ser corrigido .

O levantamento dos problemas bio-psico-socio-espirituais das clientes após a mastectomia, os Grupos B e C ,

mostram que as reações emocionais mais ocorridas ao despertar da anestesia - Tabela 29, foram de : depressão, alívio e revolta. Prevalecendo no Grupo B, além das reações acima citadas, a reação "agitação". Já no que se refere às reações quanto a alteração da imagem corporal - Tabela 30, as mais incidentes recaíram para "sensação de desfiguramento" e "constrangimento". Os achados evidenciados nas Tabelas acima, retratam o despreparo dessas clientes, principalmente do ponto de vista emocional, vindo confirmar a experiência vivida por COBURN, ao afirmar que ela e sua companheira de quarto também não receberam preparo psicológico para a cirurgia, acrescentando que o apoio mútuo foi mínimo para superar as reações sentidas. WOODS, ratifica a experiência relatada por COBURN, ao registrar que o número e as variedades de problemas que podem surgir após a cirurgia frequentemente não são discutidas com a paciente no pré-operatório .

As preocupações manifestadas pelas clientes após a cirurgia - Tabela 31, foram "sentir-se diferente das outras mulheres"; "não se sentirem mais atraentes" e "perderem o afeto do marido ou companheiro". Preocupações estas, referidas por WOODS ao especificar as três mudanças básicas ocorridas no pós-operatório desta cirurgia : o choque diante de um acontecimento inesperado, a necessidade de reintegrar a aparência física modificada e medo de permanecer doente e da morte .

Estas preocupações refletem as consequências da cirurgia no trabalho, no lazer e nas relações sexuais, conforme a percepção das clientes - Tabela 32, que verbalizaram por um lado a limitação das atividades cotidianas e dificuldades de retornar ao trabalho e por outro a vergonha do corpo e do parceiro sexual. Os achados confrontam-se com os de TAIT (1980) quando refere que a mulher sente-se devastada pela mastectomia, tornando-se profundamente

te deprimida, encontrando dificuldades para sair de casa ou voltar ao trabalho e, ainda que, estas mulheres não conseguem enfrentar os afazeres domésticos e também perdem todo o interesse pelo sexo .

Estes sentimentos também são referidos por WOODS ao citar que a desfiguração de uma mulher pode acarretar problemas no relacionamento inter-pessoal e mais ainda dificuldades nas relações sexuais .

Todas as clientes - Tabela 33, receberam orientação quanto a importância e necessidade de exercício com o braço. Ficando evidente a preocupação apenas no que se refere ao bem estar físico. Convém ressaltar, que estas orientações nos hospitais visitados são feitas através de um "folheto" mimeografado, fornecido pela assistente social Tabela 34, após leitura e explicação do mesmo à cliente .

VI . DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho evidenciam que três as pectos merecem maior destaque : as consequências emocio nais da desfiguração, as necessidades de assistência es piritual e o papel da enfermeira na assistência às clien tes mastectomizadas .

1. Consequências emocionais da mastectomia

Antes da cirurgia a mulher se preocupa principalmente com a alteração física que sofrerá e com a consequen te perda da feminilidade . No entanto após a mesma elase dá conta de quão importante é a mama para seu relaciona mento sexual . Surgem então, sentimentos de vergonha do próprio corpo e de mostrar-se ao companheiro, o que a le va a ter medo de reiniciar suas atividades sexuais a até mesmo a perder o interesse pelo sexo .

Os problemas emocionais decorrentes da mastectomia são relacionados à mutilação. Implicam em distúrbios das relações sexuais e afetam diretamente as relações mari tais . A cliente apresenta necessidades emocionais que precisam ser compreendidas, assistidas e superadas .

a) Possibilidades a serem exploradas pela enfermeira

Para a mulher que acaba de sofrer uma perda como es sa a possibilidade do uso de prótese é algo animador .

Há próteses internas e externas . As mais usadas são as externas que podem ser usadas desde que não haja mais drenagem e a ferida cirúrgica esteja completamente cica trizada .

A radioterapia poderá contra - indicar seu uso con forme as condições locais da pele .

As próteses internas ainda são pouco usadas devido ao seu alto custo e porque implicam em uma cirurgia plás tica reparadora que provavelmente só se realizará após dois anos de mastectomia . No Brasil os hospitais não

fornece a prótese, ficando a sua compra a cargo da cliente .

Tendo-se em vista que a grande maioria das clientes possuem uma renda familiar baixa e o alto preço desse material (as de melhor qualidade são importadas) a aquisição da prótese pode se constituir em um problema objetivo .

No entanto, quando esses problemas podem ser superados, para que a mulher adquira sua prótese, alguns pontos devem ser levados em consideração :

- a enfermeira deve estar familiarizada com os tipos de prótese para orientar as pacientes na sua escolha ;
- a paciente deve ser orientada para que não faça a escolha muito rápida . Ela deverá examinar várias próteses e levar todo o tempo que achar necessário para se decidir ;
- folhetos de orientação devem ser distribuídos como apoio à orientação .

A valorização de outros aspectos da vida sexual, não relacionados à imagem corporal pela enfermeira, ajuda a cliente a superar os problemas que a desfiguração pode acarretar ao seu relacionamento sexual . O bom relacionamento enfermeira - cliente é fator importante na abordagem desse tema, pois na nossa cultura, sexo ainda pode ser considerado tabu, principalmente pelas clientes menos esclarecidas .

A valorização de outros aspectos da vida afetiva, mediante a discussão do significado do amor, da amizade , do companheirismo, da vida enfim e dos valores pessoais assumidos . O conhecimento da orientação de vida da cliente é fator vital para essa abordagem .

b) Limitações reais ou potenciais

Uma das grandes limitações, senão a maior está relacionada às condições emocionais da enfermeira e da cliente para discutir o assunto . Cabe a enfermeira avaliar ou reavaliar sua atitude pessoal frente à vida e seus reveses . Ela deverá conhecer seu próprio estado emocional, para compreender em que extensão a mutilação da cliente ameaça seus sentimentos de segurança e de adequação. É de extrema importância para seu ajustamento psicológico que a enfermeira acredite no significado do seu trabalho, pois caso contrário, será tentada pela desesperança .

2. Necessidade de assistência espiritual

Os achados mostram que a grande maioria das clientes praticam alguma religião e que as mesmas consideram esta muito importante como ponto de apoio para a solução de problemas. Ocorre contudo uma situação paradoxal quando as clientes referem não sentir ou sentir pouca necessidade de assistência espiritual .

Isto nos permite levantar alguns questionamentos :

- . O mecanismo de negação frequentemente desenvolvido pela paciente portadora de câncer, em relação ao diagnóstico e ao prognóstico é o que a leva a negar também a necessidade de assistência espiritual ?
- . O temor à morte é contrário ao sistema de valores da cliente ?
- . O fato de ter procurado solução para seu problema e o mesmo não ter sido bem resolvido, pode levar a cliente a uma atitude de descrença, nas pessoas (médico, enfermeira, sacerdote) e na religião ?
- . A atitude da cliente com relação à vida e sua vontade de viver se conflitam com seus sentimentos sobre a morte ?

PAIM (1979), quando se refere aos aspectos psico

lógico e espiritual, afirma que o homem não vive apenas no presente, pois seu tempo depende da importância do acontecimento, do significado da experiência, de suas esperanças, ansiedades e progresso como pessoa . Diz ainda que qualquer intervenção depende, em última instância, da maneira pela qual são atendidas as demandas emocionais , mesmo porque o teor das emoções pode servir como crivo atrvés do qual será possível avaliar melhor a condição ou a situação específica em que se encontra a paciente.

A atuação da enfermeira diante desta necessidade consiste em ajudar a cliente a verbalizar seus pensamentos e sentimentos, identificar o que teme e dizer os problemas específicos que originam os sentimentos de angústia e ainda trabalhar com estas ansiedades .

De maneira geral isto não é facilmente alcançado , porém com conhecimento de causa, com preparo e atenção para os perigos do envolvimento ou identificação emocional, será possível a enfermeira dar suporte ou fiança às necessidades espirituais a quem quer que seja .

Saber ouvir, principalmente de maneira atenciosa, é também outro fator importante no atendimento das necessidades espirituais .

A cliente deve sentir que a enfermeira está disposta e disponível a lhe dar o seu apoio ; assim ela terá atendido a necessidade vital de confiança, facilitando a comunicação e conseqüentemente diminuindo a ansiedade.

Os resultados evidenciam que o preparo pré e pós operatório das clientes submetidas à mastectomia nos hospitais estudados é pouco satisfatório no que se refere ao atendimento das necessidades bio-psico-sócio-espirituais .

A significação do posicionamento da enfermeira frente à sua clientela, constitui o elemento nucleador para o novo currículo de enfermagem da Escola de Enfermagem Ana Néri, constando da seguinte proposição :

" A enfermeira atua como fulcro de um Processo do

qual emerge a prática total da Enfermagem, entendida como a Ciência e a Arte de Ajudar a indivíduos, grupos e comunidades, em Situações nas quais não estejam capacitados a prover o Auto - Cuidado para alcançar seu nível ótimo de saúde * " . CARVALHO, CASTRO e PAIXÃO (1978) .

A assistência de enfermagem, como resposta diretamente voltada para as necessidades das clientes, configura-se como relação de ajuda . Esta assistência significa muito mais do que um conjunto de atividades centrada no cliente, é na realidade uma relação de ajuda, na qual as partes envolvidas manifestam-se como pessoas totais, CARVALHO(1980).

Observamos que pouca atenção tem sido dada à orientação dessas clientes, o que nos leva a supor que a equipe de saúde, e mais precisamente a enfermeira, não se sente segura no atendimento dessa necessidade .

HAAJENSEN (1954) cirurgião mastologista acha que a principal razão porque o preparo mental das pacientes com câncer de mama é negligenciado, é que pode ser feito somente por uma pessoa - o cirurgião . No entanto, TAIT(1980), enfermeira especialista em mastologia refere que muitas vezes médicos e assistentes sociais temem, por motivos de ocupação do espaço profissional, que as pacientes recebam ajuda da enfermeira, quanto à orientação sobre a cirurgia.

A orientação da paciente mastectomizada deve ser atribuída a todos os elementos da equipe de saúde, figurando como uma das responsabilidades primárias a serem assumidas pela enfermeira, pois é importante que a paciente se ajuste às limitações impostas pela doença, a fim de obter melhor ajustamento à sociedade em que vive .

A maneira como os integrantes da equipe reagem e encaram a realidade de uma doença que põe a vida em perigo

* Marco conceitual do Curso de Enfermagem da Escola Ana Néri .

é muito importante para aqueles que estão de uma maneira ou de outra envolvidos com esses clientes . Toda orientação é baseada na premissa otimista de que o câncer é uma doença que pode ser controlada . No entanto, a esperança tem significado diferente para pessoas diferentes .

Segundo DUGAS (1978) essa orientação deve ser iniciada na admissão, seguindo-se à hospitalização, à convalescença, até o retorno às atividades normais .

O desempenho da enfermeira na orientação à cliente e sua família depende da utilização dos recursos aplicados para a mudança de seu comportamento a curto ou a longo prazo e possibilita à cliente expressar suas preocupações e sentimentos de dúvida quanto aos seus problemas .

DOURADO (1968), discorrendo sobre as funções da enfermeira, refere-se a esse assunto como o problema mais sério com que se defronta a enfermagem brasileira . Lança um brado de alerta à situação da enfermeira. Acredita que a enfermeira deve estar voltada especialmente para o cuidado do cliente . E ainda, mostra que as enfermeiras devem tomar por si mesmo o caminho apontado pelo nível de responsabilidade social que seus diplomas lhes asseguram .

VII . CONCLUSÕES

Diante dos resultados encontrados, conclui-se que :

1. É baixo o nível sócio-econômico das clientes que procuram o tratamento nessas instituições, podendo-se caracterizá-lo pelo grau de instrução, situação no emprego, renda própria e familiar, atividades domésticas que desenvolvem e recreação preferida .
2. Existe entre as clientes uma grande preocupação com a imagem corporal, embora expressada de formas diferentes, como maneira de auto-perceber-se, tendência de perceber a mama como órgão de estética e preocupação de não se sentir mais atraente .
3. As clientes diante do diagnóstico, tendem a apresentar reações diversificadas, ou seja, desejo de tratar-se, medo, pânico, tristeza e preocupação com a alteração física .
4. As clientes informaram falta de apoio ao tratamento pela família, consideram a religião como ponto de apoio importante para a solução de problemas, contudo não sentem necessidade de assistência espiritual .
5. O tratamento cirúrgico foi considerado como a melhor medida terapêutica, apesar de revelarem grande preocupação quanto a alteração física, desconforto, dor, acidentes durante a anestesia, medo de perder o afeto do marido ou companheiro e de interferir no relacionamento sexual .

6. A cirurgia implica, no âmbito do trabalho e do lazer, em dificuldades para retornar a estas atividades .
7. É significativo o número de reações pós - anestésicas referidas pelas clientes destacando -se a depressão, a revolta, o alívio, sensação de ser diferente das outras mulheres e preocupações diversas .
8. Não é dado esclarecimento sobre a doença, às clientes, que alegam como motivos a falta de oportunidade .
9. A orientação pré - operatória para as clientes refere-se apenas à possibilidade de extirpação da mama e aos exercícios com o braço .
10. Existe uma tendência da equipe de saúde em delegar o preparo da cliente à assistente social .
11. Existe pouca atuação da enfermeira na orientação e apoio às clientes .

VIII . SUGESTÕES

Diante das conclusões apresentadas, sugere-se que :

1. As enfermeiras incluam nos planos assistenciais de enfermagem às clientes mastectomizadas nos períodos pré e pós operatórios, prescrições relacionadas não só aos problemas físicos, mas também, a emocionais, sociais e espirituais .
2. Que as professoras de Enfermagem Médico - Cirúrgica desenvolvam com os estudantes de graduação, pesquisas para a validação do conjunto de ações educativas propostas neste estudo, com vistas à sua inclusão na metodologia da assistência a esse tipo de clientes (Anexo II).

IX . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 . ABRAMS, R. D. The patient with cancer - his changing pattern of communication. The New England Journal of medicine. 274 (6) : 317 - 22. Feb. 1966 .
- 2 . ALEXANDER, S. E. Nursing care of a patient after breast Surgery. AMER. J. of NURS. 57 (12) : 1571 - 72. Dec., 1957 .
- 3 . ALVES, J. B. de R. Cirurgia Geral e especializada. 2ª ed., 5º vol. Rio de Janeiro, Editora Vega, 1973. p. 1051 - 53 .
- 4 . AMANCIO, A. & BARBOSA, H. Controle clínico do paciente cirurgico - Problemas psicológicos em cirurgia. 4ª ed., Rio de Janeiro , Atheneu, 1976. p. 803 - 12 .
- 5 . AMORIM, M. J. A. B. Enfermagem - Profissão humanitária ? REV. BRAS. ENF., 32 : 359 - 63, 1979, Brasilia - DF .
- 6 . BIRD, B. Psychological aspects of preoperative and postoperative care. AMER. J. of NURS., 74 (6) : 1072 - 74, 1974 .
- 7 . _____ . Conversando com o paciente. São Paulo, Manole, 1975 .
- 8 . BRUNNER, S. L. & SUDDARTH, D. S. Enfermagem médico-cirurgica. 3ª ed., Rio de Janeiro , Interamericana, 1977, p. 164 - 223 e 766 - 81 .

- 9 . CARVALHO, V. de . A relação de ajuda e a totalidade da prática de enfermagem. Trabalho apresentado no XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem . Brasília, 1980 .
- 10 . CARVALHO, V. de ; CASTRO, I.B. ; PAIXÃO, S. de S. Um projeto de Mudança curricular no ensino de enfermagem em nível de graduação que favorece aos propósitos emergentes da prática profissional . ANAIS do XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem . ABEn. Belém, 1978 .
- 11 . COBURN, D. Anticipating breast surgery . BROOKLYN . 75 (9) : 1483 -83, Sep., 1975 . New York .
- 12 . DESENSHEIN, G.A. Mobility of the arm following radical mastectomy . BROOKLYN, 23 (5) : 68 - 72, 1973 . New York .
- 13 . DOURADO, H.G. Funções do Enfermeiro. REV BRAS.ENF. 1,2 e 3 . Editorial, junho, 1968.
- 14 . DUGAS, B.W. Tratado de Enfermeria practica . 2ª ed., México, Interamericana, 1978 .
- 15 . FERNANDES, C.A. de F. Aspectos psicológicos da enfermagem . REV. BRAS. ENF. 20 (2) : 134 - 278, 1967 .
- 16 . GIBERTONI, J. Assistência psicológica ao paciente para a cirurgia . REV. BRAS. ENF., 20 (2) : 274 - 289. 1967 .
- 17 . GRAY, A. - Dying al home . NURS. TIMES COMMUNITY OUTLOOK . August, 11, 1977 .
- 18 . HAAJENSEN, C.D. Preparation of the patient for breast Surgery . LANCET 2 : 535 - 39 , 1954 . New York .

- 19 . HENDERSON, V. . Princípios Básicos sobre cui
dados de enfermagem. Rio de Janeiro, I.C.N.
ABEn, 1962, p. 16 - 20, 36 - 9 .
- 20 . HERNAMAN - JOHNSON, F. The after - care of
patients suffering from breast cancer .
AMER. J. of NURS., 57 (13): 1745-54, 1957.
- 21 . HIGGINBOTHAN, S. Arm exercises after mastec
tomy . AMER. J. of NURS., 57 (12): 1573 -
74, Dec. , 1957 .
- 22 . JUAÇABA, H.G. APTC da Mama . I conclave Nacional
de Atualização propedêutica e terapêutica
da cancerologia no INPS . 1977.MPAS /
INPS .
- 23 . KOIZUMI, M.S. . O atendimento da enfermeira em
relação à necessidade de auto - imagem .
ENF. NOVAS DIMENS. , 1 (2) : 69-74, 1975.
- 24 . KUBLER - ROSS, E. . On death an dying. N.York.
Mac - Millan, Company, 1969 .
- 25 . MANGEN, Sister F.X. . Psychological aspects of
nursing the advanced cancer patient. NURS.
CLIN. of N. AMER. 2 (4): 649-58. Dec. ,
1967 . New York .
- 26 . MASON, M.A. . Enfermagem médico - cirúrgica .
3^a ed., Rio de Janeiro, 1976 .
- 27 . MAXWELL, W. . After - care in radical amputation
of the breast. MED. J. of AUSTRALIA., 35 -
38, Jan. 1948 .
- 28 . MERKATZ, R.; SMITH, D. & SEITZ, P. Preoperative
teaching for gynecologic patient. AMER. J .
of NURS., 74 (6) : 1072 - 74, 1974 .

- 29 . NOVAIS, M.H. . Psicologia aplicada à reabilitação . Imago Editora Ltda. Rio de Janeiro , 1975 .
- 30 . ORLANDO, I.J. . O relacionamento dinâmico enfermeira - paciente . São Paulo, E.P.U. , 1978, p. 70 - 73 .
- 31 . PAIM, L. . Algumas considerações de enfermagem sobre necessidades psico - sociais e psicoespirituais . REV. BRAS. ENF. 32 (2) : 160 - 66, 1979 . DF .
- 32 . PIATO, S. . Diagnóstico e terapêutica em mastologia . Atheneu, Rio de Janeiro, 1979 .
- 33 . RIBEIRO, C. de M. . Atividades de enfermagem . REV. da ESC. de ENF. da USP., 3 (1) : 5 - 8, 1969. São Paulo .
- 34 . RUBIN, P. - Manual de clínica oncológica - aspectos multidisciplinares . 4ª ed. São Paulo, Sarvier, 1977, p. 67 .
- 35 . SAVLOV, E. . Câncer da mama . In : Rubin, P. Manual de clínica oncológica - aspectos multidisciplinares . 4ª ed., São Paulo, Sarvier, 1977, p. 79 - 91 .
- 36 . SCHILDER, T.H.E. . Image and appearance of the human body . London, Kegan - Paul, the rench, Trubner, 1969 .
- 37 . SCHMALE, A.H. . Princípios gerais de oncologia psicossocial. In : Rubin, P. Manual de clínica oncológica - aspectos multidisciplinares . 4ª ed., São Paulo, Sarvier. 1977 , p. 67 - 72 .

- 38 . TAIT , A. e cols. . Plan into practice. NURS.
MIRR. 24 (1) : 19 - 21. 1980 .
- 39 . URIBURI, J.V. História de la cirurgia mama
ria . PRENSA MED. ARGENT., 37 (30):1725
1739. Jul. 1950 .
- 40 . WOLF, E.S. Nursing care of patients with
breast cancer . NURS. CLIN. of N. AMER .
2 (4) : 587 - 98. Dec. 1977 .
- 41 . WOODS, N.F. & EARP, J.A. Women with cured
breast cancer . A study of mastectomy pa
tients in North Carolina. NURS. RESEARCH.
27 (5) : 279 - 85, 1978 .
- 42 . VIEIRA, T.T. Importância da imagem corporal
(Tese de Livre Docência, Escola de Enferm
agem Ana Néri), UFBA., 1976 .



. QUADROS DEMONSTRATIVOS

QUADRO DEMONSTRATIVO I

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES QUANTO A SUA OCUPAÇÃO ANTES DE ADOECER

GRUPOS OCUPAÇÃO	A		B		C		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Auxiliar de contabilidade	-	-	2	10,0	-	-	2	3,1
Auxiliar de serviços médicos	-	-	1	5,0	-	-	1	1,7
Balconista	2	10,0	2	10,0	2	10,0	6	10,0
Cobradora de ônibus	-	-	1	5,0	-	-	1	1,7
Costureira autônoma	1	5,0	4	20,0	1	5,0	6	10,0
Empregada doméstica	4	20,0	2	10,0	3	15,0	9	15,0
Funcionária pública	1	5,0	1	5,0	1	5,0	3	5,0
Massagista e esteticista	-	-	1	5,0	-	-	1	1,7
Motorista de taxi	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Prendas do lar	12	60,0	5	25,0	10	50,0	27	45,0
Recepcionista	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
Secretária	-	-	1	5,0	-	-	1	1,7
Técnica de Rx	-	-	-	-	1	5,0	1	1,7
T O T A L	20	100,0	20	100,0	20	100,0	60	100,0

QUADRO DEMONSTRATIVO II

DISTRIBUIÇÃO DAS CLIENTES QUANTO AS ATIVIDADES DOMÉSTICAS, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA NO ESTUDO

TIPO DE ATIVIDADE	A								B								C								SUBTOTAL								TOTAL	
	Diariamente		3 vezes / semana		1 vez / semana		Nunca		Diariamente		3 vezes / semana		1 vez / semana		Nunca		Diariamente		3 vezes / semana		1 vez / semana		Nunca											
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%						
em casa	16	80,0	-	-	2	10,0	2	10,0	15	75,0	-	-	5	25,0	-	-	17	85,0	-	-	1	5,0	2	10,0	48	80,0	-	-	8	13,3	4	6,7	60	100,0
em casa	16	80,0	-	-	2	10,0	2	10,0	15	75,0	-	-	5	25,0	-	-	17	85,0	-	-	2	10,0	1	5,0	48	80,0	-	-	9	15,0	3	5,0	60	100,0
em casa	16	80,0	-	-	2	10,0	2	10,0	15	75,0	-	-	5	25,0	-	-	17	85,0	-	-	2	10,0	1	5,0	48	80,0	-	-	9	15,0	3	5,0	60	100,0
roupa	15	75,0	-	-	1	5,0	4	20,0	14	70,0	-	-	3	15,0	3	15,0	16	80,0	-	-	3	15,0	1	5,0	45	75,0	-	-	7	11,7	8	13,3	60	100,0
roupa	15	75,0	-	-	2	10,0	3	15,0	14	70,0	-	-	3	15,0	3	15,0	16	80,0	-	-	3	15,0	1	5,0	45	75,0	-	-	8	13,3	7	11,7	60	100,0
em casa	9	45,0	-	-	3	15,0	8	40,0	9	45,0	1	5,0	2	10,0	8	40,0	12	60,0	1	5,0	1	5,0	8	40,0	28	46,7	2	3,3	6	10,0	24	40,0	60	100,0
ordados	1	5,0	-	-	1	5,0	18	90,0	6	30,0	1	5,0	3	15,0	10	50,0	6	30,0	-	-	-	-	14	70,0	13	21,7	1	1,7	4	6,6	42	70,0	60	100,0
cocher	3	15,0	-	-	-	-	17	85,0	7	35,0	-	-	2	10,0	11	55,0	3	15,0	-	-	-	-	17	85,0	13	21,7	-	-	2	3,3	45	75,0	60	100,0
cofet	2	10,0	-	-	-	-	18	90,0	-	-	-	-	-	-	20	100,0	2	10,0	-	-	-	-	18	90,0	2	3,3	-	-	-	-	38	63,3	60	100,0

QUADRO DEMONSTRATIVO III

RECREAÇÃO PREFERIDA PELAS CLIENTES ANTES DA MASTECTOMIA E FREQUÊNCIA DESEJADA NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS FREQUÊNCIA RECREAÇÃO	A						B						C						TOTAL	
	Sim		Às vezes		Não		Sim		Às vezes		Não		Sim		Às vezes		Não		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Leitura	3	15,0	2	10,0	15	75,0	3	15,0	6	30,0	11	55,0	11	55,0	5	25,0	4	20,0	60	100,0
Radio	9	45,0	6	30,0	5	25,0	8	40,0	8	40,0	4	20,0	12	60,0	4	20,0	4	20,0	60	100,0
Televisão	8	40,0	9	45,0	3	15,0	15	75,0	5	25,0	-	-	15	75,0	5	25,0	-	-	60	100,0
Praia	6	30,0	2	10,0	12	60,0	7	35,0	3	15,0	10	50,0	10	50,0	2	10,0	8	40,0	60	100,0
Cinema	5	25,0	2	10,0	13	65,0	5	25,0	4	20,0	11	55,0	4	20,0	3	15,0	13	65,0	60	100,0
Natação	-	-	2	10,0	18	90,0	2	10,0	2	10,0	16	80,0	5	25,0	-	-	15	75,0	60	100,0
Clube social	-	-	4	20,0	16	80,0	4	20,0	1	5,0	15	75,0	-	-	2	10,0	18	90,0	60	100,0
Jogo de azar	6	30,0	1	5,0	13	65,0	5	25,0	-	-	15	75,0	6	30,0	-	-	14	70,0	60	100,0
Dança	2	10,0	1	5,0	17	85,0	4	20,0	4	20,0	12	60,0	9	45,0	1	5,0	10	55,0	60	100,0

QUADRO DEMONSTRATIVO IV

REAÇÕES EMOCIONAIS QUE AS CLIENTES INFORMARAM HAVER EXPERIMENTADO AO SABER DA PRESENÇA DE TUMOR NA MAMA, CONFORME OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS	A								B								C								TOTAL			
	Muito		Pouco		Nada		Total		Muito		Pouco		Nada		Total		Muito		Pouco		Nada		Total		F	%		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%						
REAÇÕES EMOCIONAIS																												
	14	70,0	3	15,0	3	15,0	20	100,0	16	80,0	2	10,0	2	10,0	20	100,0	10	50,0	4	20,0	6	30,0	20	100,0	50	100,0		
de morrer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0		
de metástase	4	20,0	-	-	-	-	-	-	2	10,0	-	-	-	-	2	10,0	1	5,0	-	-	-	-	1	5,0	1	5,0		
o	2	10,0	-	-	-	-	2	10,0	5	25,0	-	-	-	-	5	25,0	4	20,0	-	-	-	-	4	20,0	11	18,3		
upação c/o tratamento	15	75,0	3	15,0	2	10,0	20	100,0	15	75,0	2	10,0	3	15,0	20	100,0	9	45,0	5	25,0	6	30,0	20	100,0	50	100,0		
upação c/alteração ff sica	15	75,0	2	10,0	3	15,0	20	100,0	13	65,0	5	25,0	2	10,0	20	100,0	9	45,0	5	25,0	6	30,0	20	100,0	60	100,0		
upação c/o diagnóstico	5	15,0	-	-	-	-	5	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4	20,0	-	-	-	-	-	-	9	15,0		
ta	4	20,0	6	30,0	10	50,0	20	100,0	4	20,0	6	30,0	10	50,0	20	100,0	3	15,0	4	20,0	13	65,0	20	100,0	60	100,0		
zeza	13	65,0	5	25,0	2	10,0	20	100,0	13	65,0	6	30,0	1	5,0	20	100,0	12	60,0	5	25,0	3	15,0	20	100,0	60	100,0		
lo de tratar-se	18	90,0	1	5,0	1	5,0	20	100,0	12	60,0	5	25,0	3	15,0	20	100,0	17	85,0	1	5,0	2	10,0	20	100,0	60	100,0		
ação conformada	10	50,0	5	25,0	5	25,0	20	100,0	3	15,0	7	35,0	10	50,0	20	100,0	9	45,0	5	25,0	6	30,0	20	100,0	60	100,0		
ipero	3	15,0	-	-	-	-	3	15,0	2	10,0	-	-	-	-	2	10,0	5	25,0	-	-	-	-	5	25,0	10	16,6		

QUADRO DEMONSTRATIVO V

REAÇÕES EMOCIONAIS QUE AS CLIENTES INFORMAM TEREM SUAS FAMÍLIAS EXPERIMENTADO AO RECEBEREM A NOTÍCIA DE SUA DOENÇA

GRUPOS REAÇÕES DA FAMÍLIA	A						B						C						TOTAL	
	Sim		Às vezes		Não		Sim		Às vezes		Não		Sim		Às vezes		Não			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tristeza	4	-	5	-	-	-	9	-	6	-	-	-	13	-	5	-	-	-	42	-
Constrangimen to	-	-	6	-	3	-	2	-	9	-	4	-	4	-	4	-	10	-	42	-
Revolta	-	-	5	-	4	-	3	-	3	-	9	-	2	-	6	-	10	-	42	-
Indiferença	-	-	-	-	9	-	3	-	6	-	6	-	7	-	1	-	10	-	42	-
Aceitação con formada	3	-	3	-	3	-	6	-	6	-	3	-	9	-	5	-	4	-	42	-
Apoio ao tra tamento	5	-	2	-	2	-	2	-	-	-	13	-	5	-	2	-	11	-	42	-
Não sabe in formar	11	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	17	-
Não tem famí lia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-

QUADRO DEMONSTRATIVO VI

DISTRIBUIÇÃO DA ALTERAÇÃO NO RELACIONAMENTO DAS CLIENTES COM PESSOAS PRÓXIMAS
E POR ELAS ATRIBUIDAS À DOENÇA, NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS ALTERAÇÃO	A				B				C				TOTAL	
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Família	8		12		5		15		4		15		59	
Amigos	7		13		4		16		-		20		60	
Vizinhos	6		14		6		14		-		20		60	
Colegas de trabalho	-		12		-		5		-		10		27	
Patrão	-		2		1		4		-		-		7	
Não tem família	-		-		-		-		1		-		1	

QUADRO DEMONSTRATIVO VII

INTENSIDADE E DIREÇÃO FOCAL DO MEDO SENTIDO PELAS CLIENTES AO SABER DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA INFORMADAS NA OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPO INTENSIDADE DIREÇÃO FOCAL	A						B						C						T O T A L											
	Muito		Pouco		Nenhum		Muito		Pouco		Nenhum		Muito		Pouco		Nenhum		Muito		Pouco		Nenhum							
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
do desconhecido	4	20,0	3	15,0	13	60,0	5	25,0	6	30,0	9	45,0	1	5,0	5	25,0	14	70,0	10	15,7	14	23,3	36	60,0						
acidentes durante a cirurgia	9	45,0	4	20,0	7	35,0	12	60,0	3	15,0	5	25,0	6	30,0	5	25,0	9	45,0	27	45,0	12	20,0	21	35,0						
da anestesia	9	45,0	5	25,0	6	30,0	11	55,0	5	25,0	4	20,0	7	35,0	5	25,0	8	40,0	27	45,0	15	25,0	18	30,0						
do ato cirúrgico	9	45,0	4	20,0	7	35,0	10	50,0	4	20,0	6	30,0	4	20,0	6	30,0	10	50,0	23	38,3	14	23,4	23	38,3						
de alteração física	17	85,0	2	10,0	1	5,0	14	70,0	4	20,0	2	10,0	11	55,0	4	20,0	5	25,0	42	70,0	10	16,7	8	13,3						
da dor	12	60,0	7	35,0	1	5,0	11	55,0	6	30,0	3	15,0	9	45,0	6	30,0	5	25,0	32	53,3	18	30,0	10	16,7						
do desconforto	12	60,0	7	35,0	1	5,0	11	55,0	6	30,0	3	15,0	10	50,0	4	20,0	6	30,0	33	55,0	17	28,3	10	16,7						
de metástases	1	5,0	2	10,0	-	-	1	5,0	1	5,0	-	-	1	5,0	-	-	-	-	3	5,0	3	5,0	-	-						

QUADRO DEMONSTRATIVO VIII

SIGNIFICADO DA MAMA PARA AS CLIENTES E GRAU DE IMPORTÂNCIA , CONFORME A OCASIÃO DA ENTREVISTA

GRUPOS	A						B						C						TOTAL					
	Muito		Pouco		Nenhuma		Muito		Pouco		Nenhuma		Muito		Pouco		Nenhuma		Muito		Pouco		Nenhuma	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
mbolo da feminilidade	11	55,0	7	35,0	2	10,0	13	65,0	5	25,0	2	10,0	12	60,0	5	25,0	3	15,0	36	60,0	17	28,3	7	11,7
ção de estética	14	70,0	5	25,0	1	5,0	15	75,0	3	15,0	2	10,0	14	70,0	5	25,0	1	5,0	43	71,7	13	21,6	4	6,6
ção Sexual	12	60,0	3	25,0	3	15,0	11	55,0	6	30,0	3	15,0	9	45,0	6	30,0	5	25,0	32	53,4	17	28,3	11	18,3

. A N E X O S

Anexo I

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

A . DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Iniciais da cliente : Grupo : A
 B
 C
2. Estado Civil : casada
 não casada
3. Idade : 35 a 44 anos
 45 a 54 anos
 55 a 64 anos
 65 a 70 anos
4. Escolaridade : 1º grau
 2º grau
 3º grau
 não alfabetizada
5. Ocupação : Antes da doença No momento atual
.....
6. Religiosidade : Pratica alguma religião
 Sim Não
7. Situação sócio-econômica
- 7.1 Renda Própria :
- menos de 5 mil cruzeiros
 5 mil a 10 mil cruzeiros
 11 mil a 15 mil cruzeiros
 mais de 15 mil cruzeiros
 não possui

7.2 Renda Familiar :

- menos de 10 mil cruzeiros
 10 a 20 mil cruzeiros
 21 a 30 mil cruzeiros
 mais de 30 mil cruzeiros

B . VIDA DA PACIENTE ANTES DA DOENÇA

1. O relacionamento com as pessoas que vivem em torno de você era :

M E M B R O S	Muito bom	Bom	Razoá vel	Mau
. Família				
. Amigos				
. Vizinhos				
. Colegas de trabalho				
. da igreja				
. do clube				
. Patrões				
. Outros				

2. Você se considerava :

PERCEPÇÃO DA PACIENTE	Sim	As vezes	Não
. Bonita			
. Atraente			
. Simpática			
. Elegante			
. Boa aparência			
. Feia			
. Vaidosa			
. Alegre			
. Carinhosa			
. Caridosa			
. Amiga			
. Outra			

3. Você costumava vestir-se, com :

TIPO DE ROUPA	Sim	As vezes	Não
. Alegre			
. Esportiva			
. Discreta			
. De acordo com a idade			
. Sexualmente atraente			

4. Sentia-se satisfeita com seu corpo :

() Sim

() Não

Em caso negativo, porque ?

.....

5. Você discutia seus problemas, com :

P E S S O A S	Sim	As vezes	Não
. os pais			
. o marido e/ou companheiro			
. os filhos			
. os irmãos			
. uma amiga			
. outra pessoa			
. não discutia			

6. Trabalho

A T I V I D A D E S DOMESTICAS	Diaria mente	3x/sem.	1x/sem.	Nunca
. Cozinava				
. Arrumava a casa				
. Varria a casa				
. Lavava a roupa				
. Passava a roupa				
. Costurava				
. Outras - bordados - crochê				

7. Lazer

ATIVIDADES RECREATIVAS	Sim	As vezes	Não
. Leitura			
. Rádio			
. Televisão			
. Praia			
. Cinema			
. Nataçãõ			
. Clube social			
. Jogo de azar			
. Dança			
. Outras			

C . LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUAIS
RELACIONADOS A DOENÇA E A CIRURGIA

1. Fez controle preventivo do cancer nos últimos 2 a
nos ?

() Sim

() Não

2. O que sentiu ao saber que o seio estava doente ?

REAÇÕES EMOCIONAIS	Sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
. Medo				
. Preocupação com o tratamento				
. Preocupação com a alteração física				
. Revolta				
. Tristeza				
. Desejo de tratar - se				
. Aceitação				
. Outras				

3. Reação da família ao saber de sua doença

REAÇÕES DA FAMÍLIA	Raramente	Algumas vezes	Com frequência	Sempre
. Tristeza				
. Espanto				
. Raiva				
. Constrangimento				
. Aceitação conformada				
. Não sabe informar				
. Outras				

4. Considera que a doença acarretou mudança no seu relacionamento com :

P E S S O A S	Sim	As vezes	Não
. Família			
. Amigos			
. Vizinhos			
. Colegas de trabalho			
. Outras			

5. Ao tomar conhecimento de sua doença, qual seu desejo mais importante ?

- ficar boa
 permanecer no hospital
 não se submeter a cirurgia
 ir para casa
 ser logo submetida a cirurgia
 outra

6. Procurou esclarecimento quanto à doença ?

- Sim Não

7. Em caso afirmativo de que forma ?

- através do médico
 através de leitura
 dos familiares e/ou amigos
 outras

8. Em caso negativo, porque ?

- não teve coragem
 prefere não ter informação
 falta de oportunidade
 outros motivos

9. Considera a religião como ponto de apoio para a solução de problemas :

- muito importante
- pouco importante
- importante
- sem importância

10. Sente necessidade de assistência espiritual ?

- muito
- pouco
- não sente

11. Que tipo de assistência espiritual gostaria de receber ?

.....

D. COM RELAÇÃO A CIRURGIA

1. Caracterização da cirurgia :

- mastectomia simples
- mastectomia radical
- mastectomia supra-radical

2. Percebeu a indicação da cirurgia como ?

- melhor medida terapêutica
- uma medida drástica
- uma medida desnecessária
- não sabe informar
- outra

3. Preocupa-se com o fato de ocorrer alteração do seu corpo ?

- muito
- pouco
- não se preocupa

4. Ao saber que ia ser operada, sentiu medo :

DIREÇÃO FOCAL	Muito	Pouco	Nenhum
. o desconhecido			
. os acidentes durante a cirurgia			
. a anestesia			
. a própria cirurgia			
. a alteração física			
. a dor			
. o desconforto			
. outras			

5. Como considera a mama ?

PERCEPÇÃO DA PACIENTE	Grau de importância		
	Muito	Pouco	Nenhuma
. Símbolo da feminilidade			
. Órgão de estética			
. Órgão sexual			
. Outra			

6. Quais as orientações que recebeu no preparo para a cirurgia ?

ORIENTAÇÕES QUANTO A :	Sim	Não
. Período de hospitalização		
. Duração da cirurgia		
. Tipo de anestesia a ser usada		
. Período de pós operatório		
. Sobre a possibilidade de extirpação da mama		
. Possibilidade do uso de prótese		
. Limitação dos movimentos		
. Importância e necessidade dos <u>e</u> xercícios		

7. Quem forneceu estas informações ?

I N F O R M A N T E S	Sim	Não
. Médico		
. Enfermeira		
. Auxiliares de enfermagem		
. Assistente social		
. Companheiras de enfermagem		
. Família		
. Outras pessoas		

ALTERAÇÕES BIO-PSICO-ESPIRITUAIS APÓS A CIRURGIA

1. Reações emocionais no pós anestésico

REAÇÕES NO PÓS ANESTÉSICO	Sim	Não
. Vontade de chorar		
. Choro		
. Depressão		
. Revolta		
. Indiferença		
. Alívio		
. Agitação		
. Outras		

2. O que sentiu em relação ao seu corpo ?

PERCEPÇÕES DA PACIENTE	Sim	Não
. Sensação de desfiguramento		
. Vergonha		
. Preocupação com a opinião dos outros		
. Constrangimento		
. Outras		

3. Quais suas preocupações atuais ?

P R E O C U P A Ç Õ E S	Sim	Não
. Não se sentir mais atraente		
. As pessoas não a acharem atraente		
. Sentir-se diferente das outras <u>mu</u> <u>lheres</u>		
. Perder o afeto do marido e/ou <u>com</u> <u>panheiro</u>		
. Perder o afeto das pessoas		
. Rejeição dos filhos e/ou família		
. Outras		

4. Orientações recebidas após a cirurgia :

- . sobre a importância e necessidade de exercícios com o braço do lado operado
() Sim () Não
- . sobre a adaptação às atividades domésticas
() Sim () Não
- . sobre o reinício das atividades sexuais
() Sim () Não
- . sobre o reinício das atividades sociais
() Sim () Não
- . outras () Sim () Não

5. Informantes :

- () médico
- () enfermeira
- () assistente social
- () psicólogo
- () fisioterapeuta
- () outras pessoas

6. Consequências da cirurgia sobre o trabalho e lazer:

PERCEPÇÕES DO PACIENTE	Sim	Não
. Dificuldades de retornar ao trabalho		
. Perda ou limitação das atividades sociais		
. Perda ou limitação das atividades cotidianas		
. Outras		

7. Consequências da cirurgia sobre o relacionamento sexual :

INTERFERÊNCIA NO RELACIONAMENTO SEXUAL	Sim	Não
. Vergonha do corpo		
. Vergonha do parceiro sexual		
. Medo de ser rejeitada pelo parceiro		
. Medo de tornar-se frígida		
. Medo de iniciar uma nova relação		
. Acredita que ocorrerá interferência		
. Perda do interesse pelo sexo		
. Inatividade sexual		

Rio/...../1980

Entrevistador

Anexo III

PREZADA CLIENTE :

Desejamos que a senhora se recupere o mais rápido possível, da cirurgia a que se submeteu. Para isto criamos este folheto .

Contamos que ele venha a ajudá-la no seu propósito de retomar às suas atividades habituais, mas sabemos que a pessoa que mais poderá lhe ajudar será você mesma .

Este folheto consta de três partes :

Parte A - O que é recomendado .

Parte B - O que deve ser evitado .

Parte C - Os exercícios que devem ser feitos .

Finalidade : Tornar sua recuperação mais rápida e ajudá-la na mesma .

PARTE A

O QUE É RECOMENDADO

1. Reiniciar as atividades domésticas tão logo sinta-se em condições :
 - . arrume e varra a casa, mas evite cansar-se ;
 - . cozinhe, usando apenas a parte superior do fogão ;
 - . costure, usando sempre o dedal ;
 - . passe a roupa, mas evite ferro muito quente .

2. Reiniciar as atividades sociais :
 - . dance ;
 - . passeie ;
 - . visite amigos e parentes ;
 - . receba amigos, vizinhos e parentes ;
 - . faça compras ;
 - . compareça ao templo religioso .

3. Reiniciar as atividades sexuais :
 - . decida com seu parceiro que adaptações devem ser feitas aos seus antigos hábitos ;
 - . converse com o parceiro sobre suas preocupações, fale dos seus sentimentos ;
 - . tente uma nova relação, porque quanto mais cedo reiniciar, melhor será para o ajustamento do casal .

PARTE B

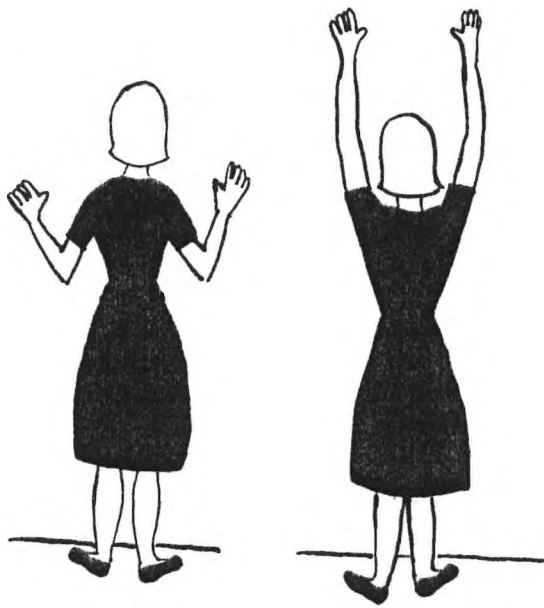
O QUE DEVE SER EVITADO

- . Engravidar , não sendo no entanto permitido, o uso de pílulas anti-concepcionais ;
- . uso de objetos ponteados e cortantes (tudo que seja capaz de ferir a pele);
- . uso de substâncias cáusticas em contato com a pele, como : detergente, água sanitária, sabão em pó, dentre outras ;
- . evite receber irradiações solares ;
- . não corte, nem puxe as cutículas das unhas ;
- . evite mangas ou sutiã apertados ;
- . não use pulseiras e anéis apertados ;
- . não faça massagens sem a permissão do médico .

EXERCÍCIOS APÓS A MASTECTOMIA

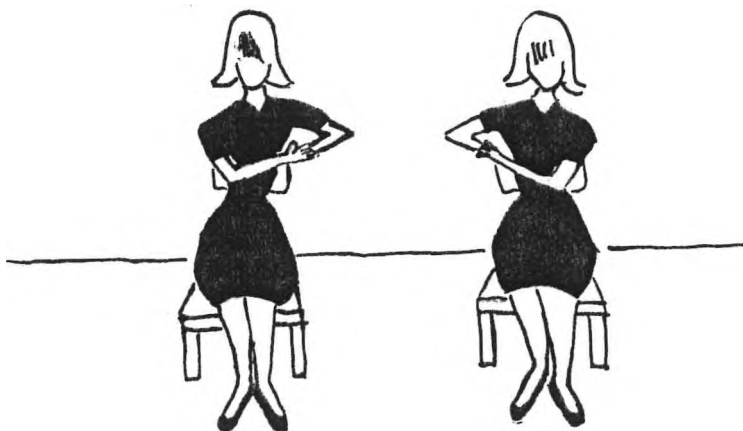
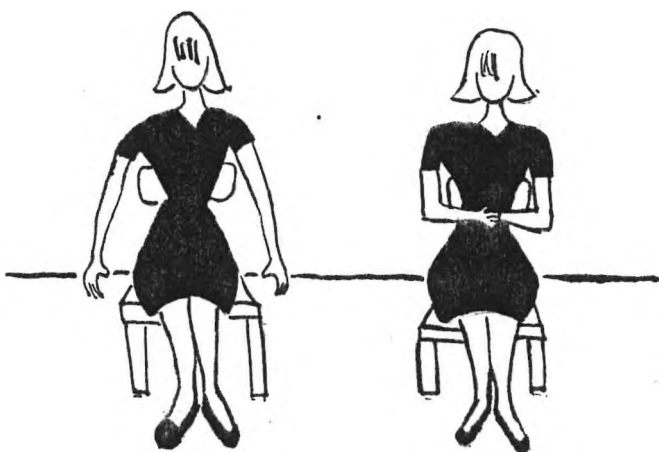
EXERCÍCIO 1

Colocar as palmas das mãos numa parede, na altura da cintura e ir subindo lentamente os dedos, até o máximo que puder, baixá-los lentamente a altura da cintura. Pode usar um rolo de madeira, para facilitar o deslizamento das mãos .



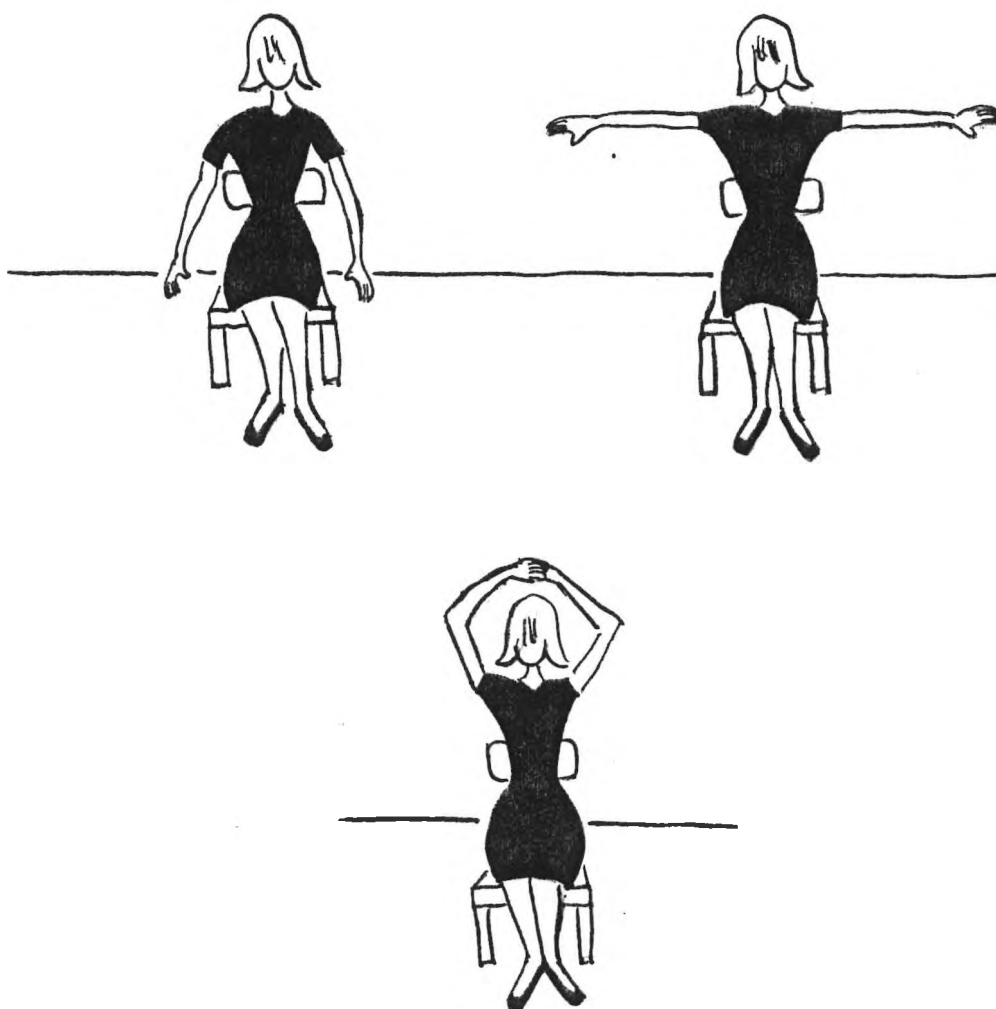
EXERCÍCIO 2

Sentada numa superfície plana (cadeira, banco, ou cama) cruzar as mãos na altura da cintura e levar os braços para a direita e esquerda como se fosse um balanço.



EXERCÍCIO 3

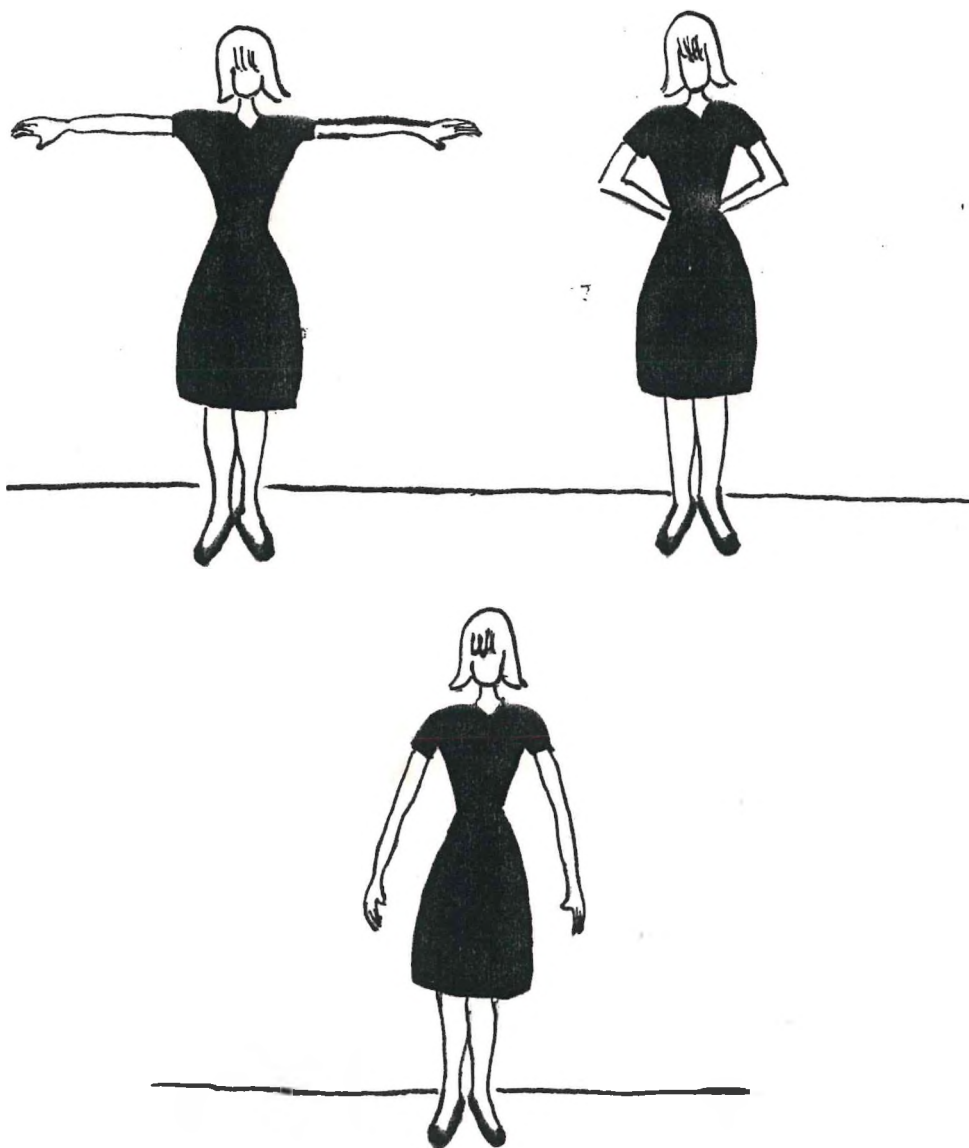
Sentada em uma superfície plana, levantar os braços na altura dos ombros, continuar levantando até que as duas mãos toquem sua cabeça.



EXERCÍCIO 4

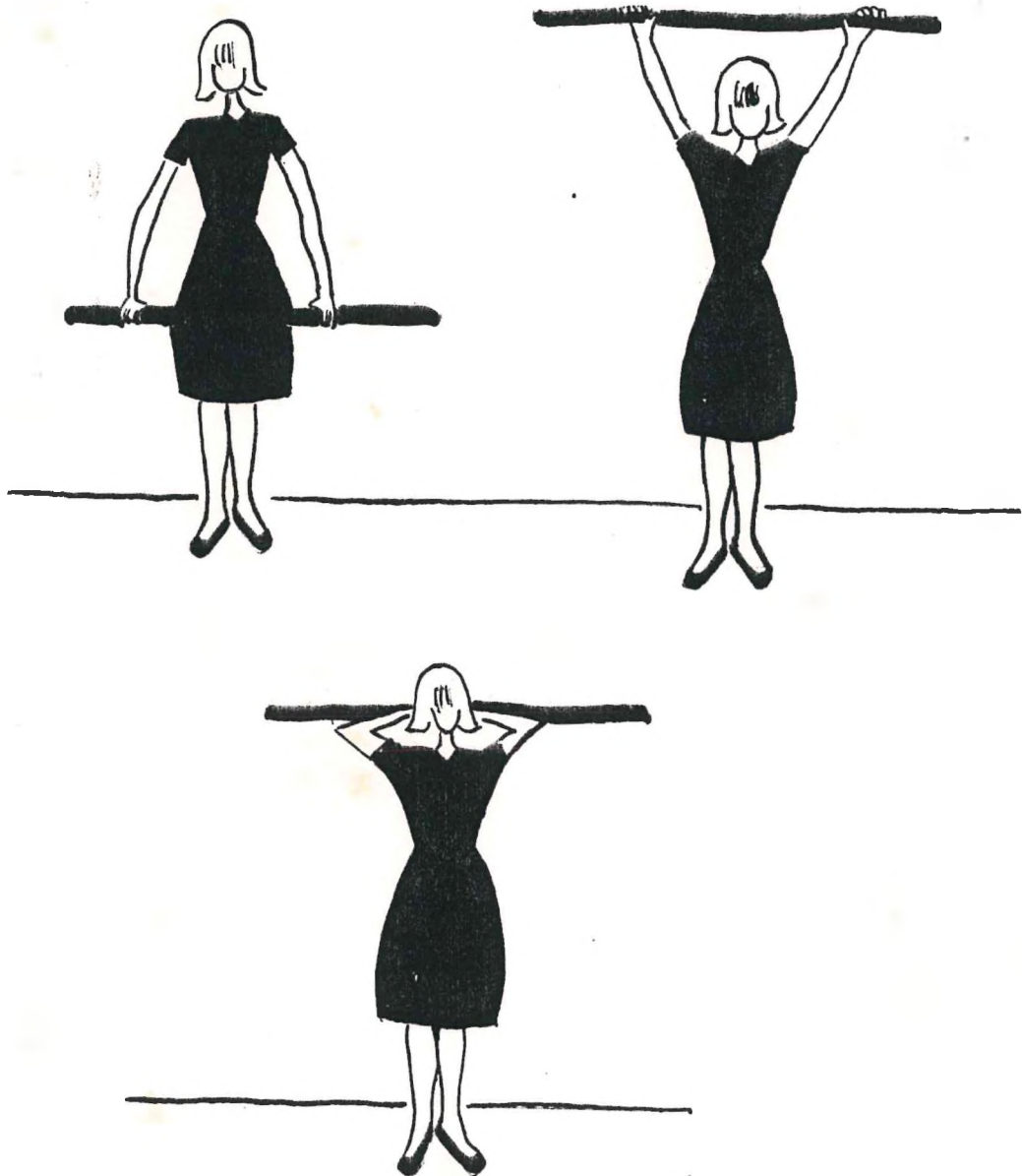
Em pé com os braços abertos, encostar as mãos com as palmas para fora, nas costas, na altura da cintura e depois abaixar os braços.

Obs. Repetir o exercício com as palmas das mãos para dentro .



EXERCÍCIO 5

Em pé, segurando um cabo de vassoura, com am
bas as mãos para baixo, levantá-lo acima da ca
beça e em seguida à altura da nuca .



6. Consequências da cirurgia sobre o trabalho e lazer:

PERCEPÇÕES DO PACIENTE	Sim	Não
. Dificuldades de retornar ao trabalho		
. Perda ou limitação das atividades sociais		
. Perda ou limitação das atividades cotidianas		
. Outras		

7. Consequências da cirurgia sobre o relacionamento sexual :

INTERFERÊNCIA NO RELACIONAMENTO SEXUAL	Sim	Não
. Vergonha do corpo		
. Vergonha do parceiro sexual		
. Medo de ser rejeitada pelo parceiro		
. Medo de tornar-se frígida		
. Medo de iniciar uma nova relação		
. Acredita que ocorrerá interferência		
. Perda do interesse pelo sexo		
. Inatividade sexual		

Rio/...../1980

Entrevistador

Anexo III

PREZADA CLIENTE :

Desejamos que a senhora se recupere o mais rápido possível, da cirurgia a que se submeteu. Para isto criamos este folheto .

Contamos que ele venha a ajudá-la no seu propósito de retomar às suas atividades habituais, mas sabemos que a pessoa que mais poderá lhe ajudar será você mesma .

Este folheto consta de três partes :

Parte A - O que é recomendado .

Parte B - O que deve ser evitado .

Parte C - Os exercícios que devem ser feitos .

Finalidade : Tornar sua recuperação mais rápida e ajudá-la na mesma .

PARTE A

O QUE É RECOMENDADO

1. Reiniciar as atividades domésticas tão logo sin
ta-se em condições :
 - . arrume e varra a casa, mas evite cansar-se ;
 - . cozinhe, usando apenas a parte superior do fo
gão ;
 - . costure, usando sempre o dedal ;
 - . passe a roupa, mas evite ferro muito quente .

2. Reiniciar as atividades sociais :
 - . dance ;
 - . passeie ;
 - . visite amigos e parentes ;
 - . receba amigos, vizinhos e parentes ;
 - . faça compras ;
 - . compareça ao templo religioso .

3. Reiniciar as atividades sexuais :
 - . decida com seu parceiro que adaptações devem
ser feitas aos seus antigos hábitos ;
 - . converse com o parceiro sobre suas preocupa
ções, fale dos seus sentimentos ;
 - . tente uma nova relação, porque quanto mais ce
do reiniciar, melhor será para o ajustamento do
casal .

PARTE B

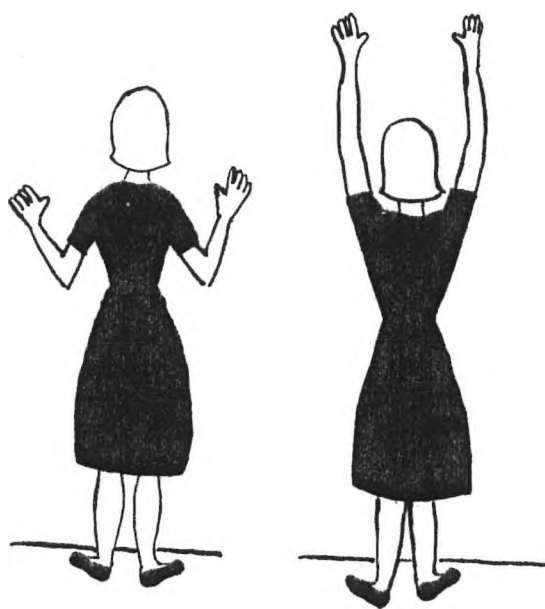
O QUE DEVE SER EVITADO

- . Engravidar , não sendo no entanto permitido, o uso de pílulas anti-concepcionais ;
- . uso de objetos ponteados e cortantes (tudo que seja capaz de ferir a pele);
- . uso de substâncias cáusticas em contato com a pele, como : detergente, água sanitária, sabão em pó, dentre outras ;
- . evite receber irradiações solares ;
- . não corte, nem puxe as cutículas das unhas ;
- . evite mangas ou sutiã apertados ;
- . não use pulseiras e anéis apertados ;
- . não faça massagens sem a permissão do médico .

EXERCÍCIOS APÓS A MASTECTOMIA

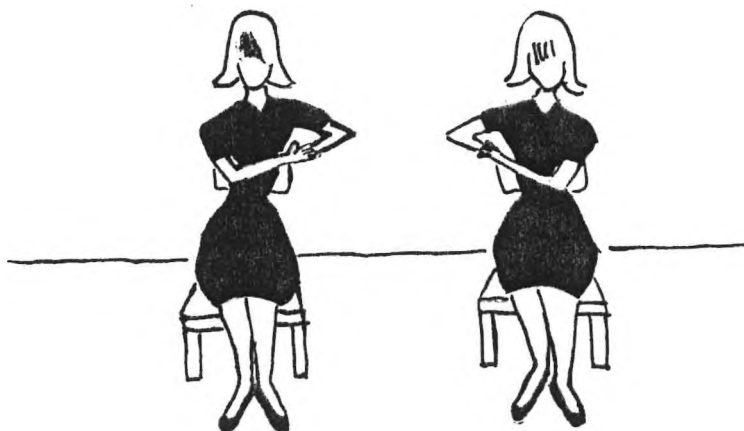
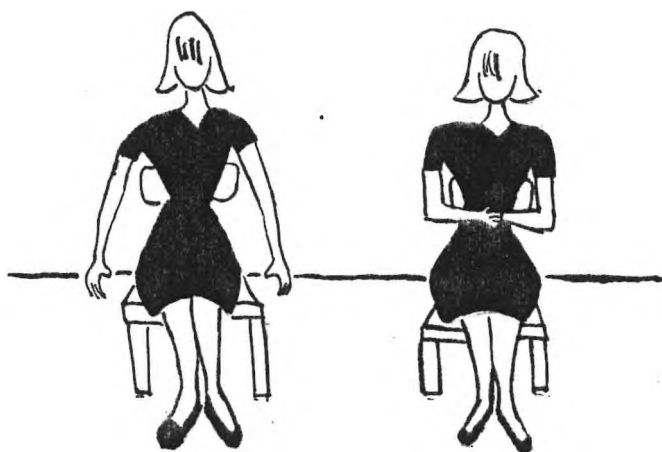
EXERCÍCIO 1

Colocar as palmas das mãos numa parede, na altura da cintura e ir subindo lentamente os dedos, até o máximo que puder, baixá-los lentamente a altura da cintura. Pode usar um rolo de madeira, para facilitar o deslizamento das mãos .



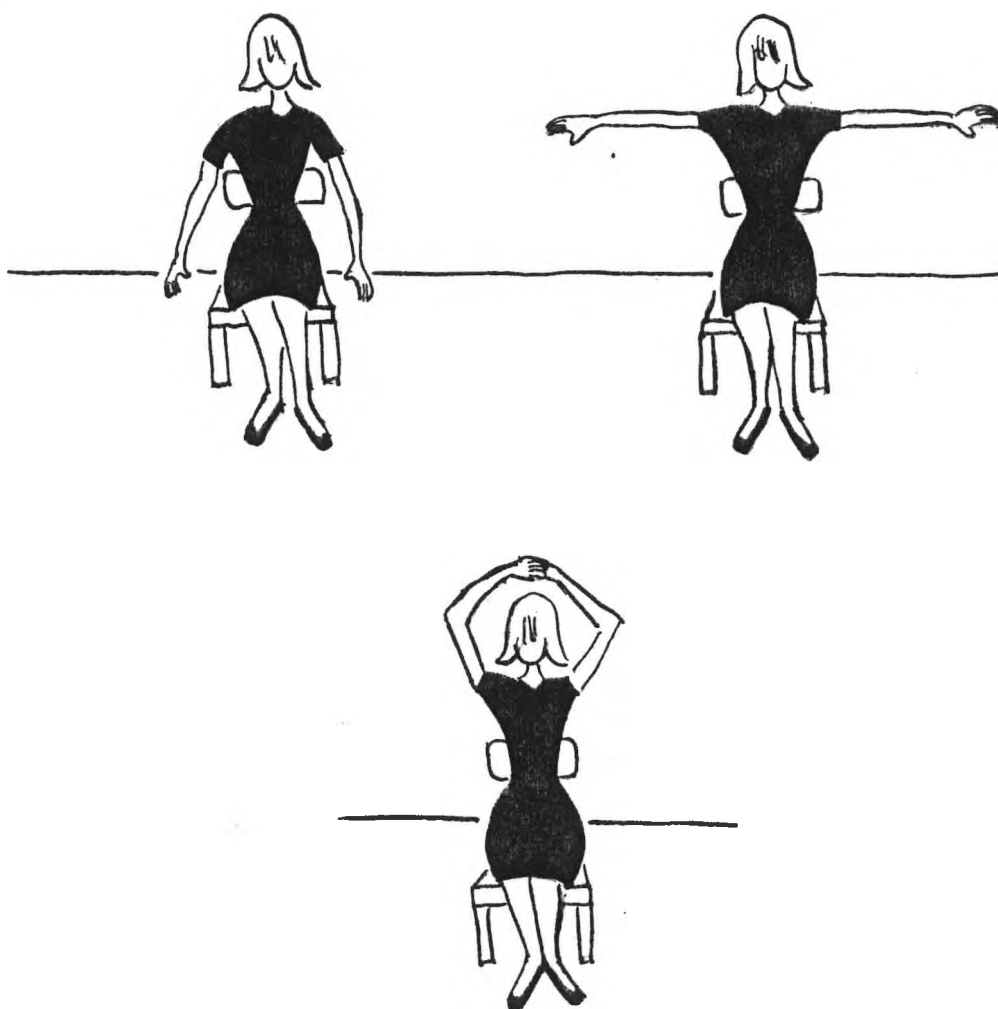
EXERCÍCIO 2

Sentada numa superfície plana (cadeira, banco, ou cama) cruzar as mãos na altura da cintura e levar os braços para a direita e esquerda como se fosse um balanço.



EXERCÍCIO 3

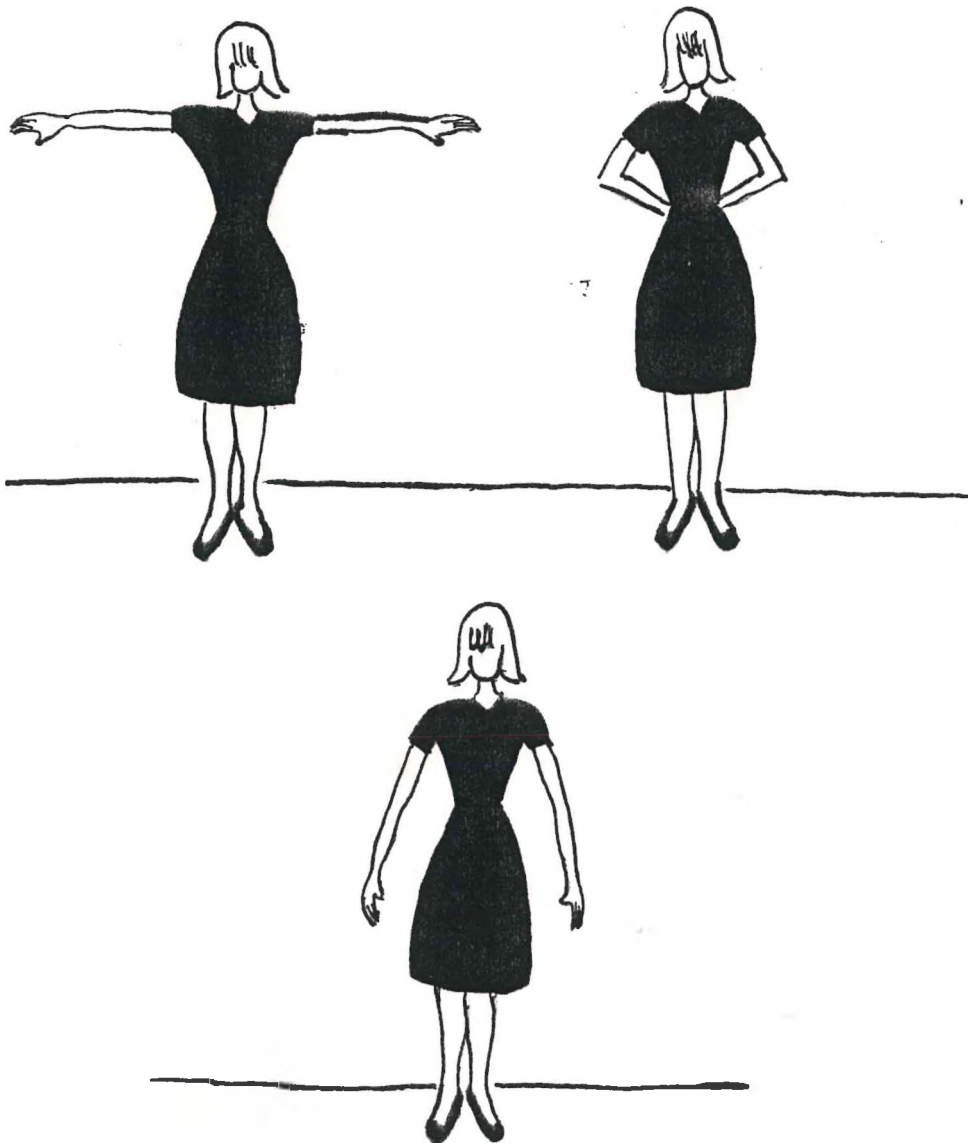
Sentada em uma superfície plana, levantar os braços na altura dos ombros, continuar levantando até que as duas mãos toquem sua cabeça.



EXERCÍCIO 4

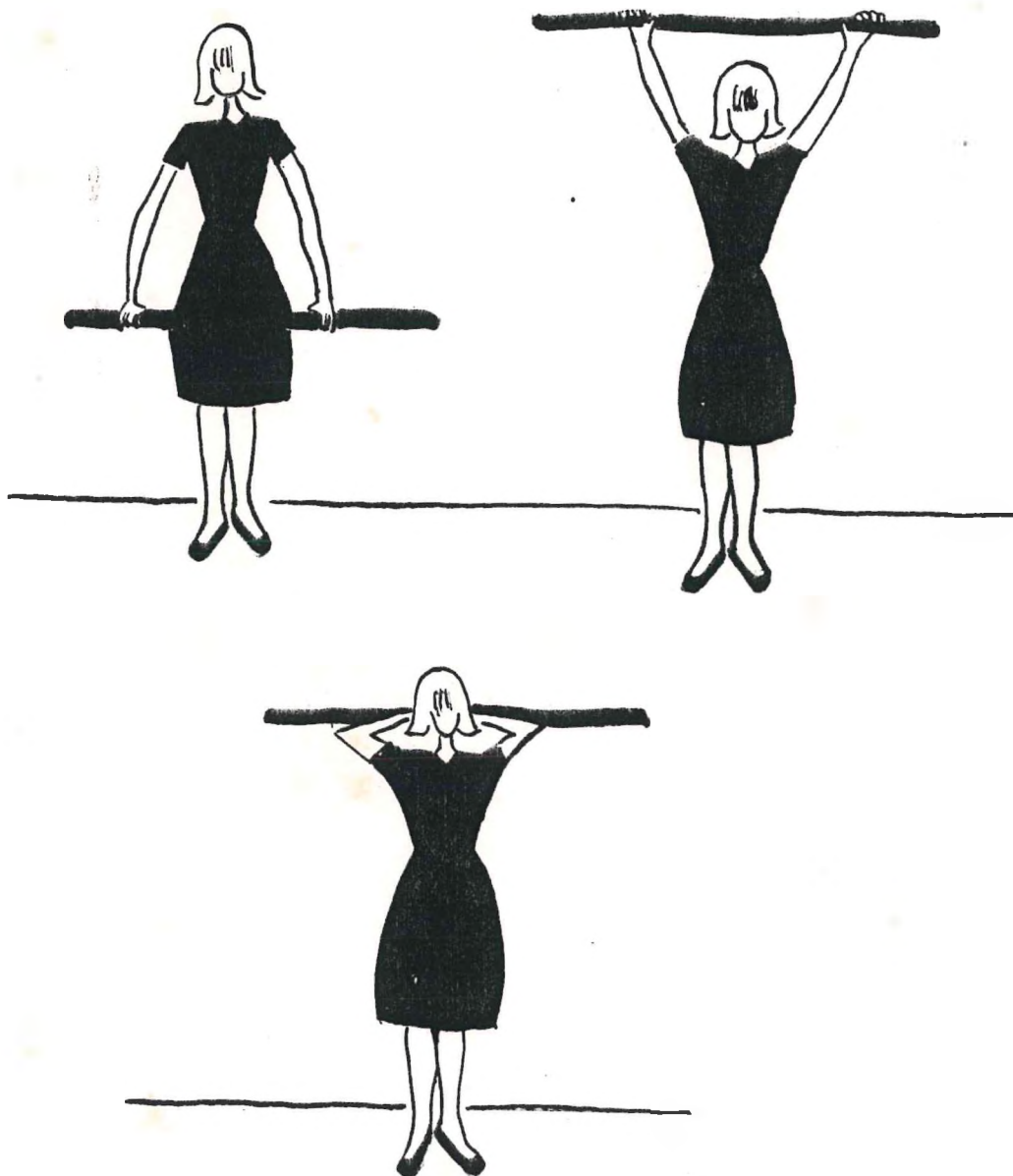
Em pé com os braços abertos, encostar as mãos com as palmas para fora, nas costas, na altura da cintura e depois abaixar os braços.

Obs. Repetir o exercício com as palmas das mãos para dentro .



EXERCÍCIO 5

Em pé, segurando um cabo de vassoura, com am
bas as mãos para baixo, levantá-lo acima da ca
beça e em seguida à altura da nuca .



EXERCÍCIO 6

Em pé, com os braços abertos, levantá-los até encostar as mãos na nuca e em seguida abaixá-los até a altura da cintura .

