



DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA SE VESTIR DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

SELF-CARE DEFICIT IN DRESSING OF MASTECTOMIZED WOMEN

DÉFICIT EN EL AUTOCUIDADO PARA VESTIRSE DE MUJERES MASTECTOMIZADAS

Cinthia Emanuella Lopes Pereira¹, Lorena Matoso Vilela de Santana², Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente³, Escolástica Rejane Ferreira Moura⁴, Camila Félix Américo⁵, Paulo César de Almeida⁶

RESUMO

Objetivo: investigar o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado para se vestir de mulheres mastectomizadas”. **Método:** trata-se de estudo transversal, realizado com 55 mulheres em tratamento antineoplásico em outubro e novembro de 2011. Foram analisadas variáveis com respostas “sim” e “não” pelo teste z para proporções; associações entre tipo de cirurgia e características definidoras pelo teste χ^2 ; normalidade das variáveis pelo teste de Kolmogorov-Smirnov; e médias dos grupos pelo teste de Mann-Whitney. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), sob o CAAE n. 0327.0.037.000-11. **Resultados:** o diagnóstico de enfermagem em questão foi identificado em 92,7% das mulheres. O tempo médio de cirurgia foi menor nas mulheres com capacidade de tirar e de fechar a roupa do que naquelas sem essas características definidoras ($p = 0,046$ e $p = 0,036$, respectivamente). Não houve associação dessas características com mastectomia direita ou esquerda ($p > 0,005$). **Conclusão:** os dados suscitam que o enfermeiro envolva o preparo do parceiro, familiar ou cuidador no apoio a “vestir-se”. **Descritores:** Enfermagem; Mastectomia; Saúde da Mulher; Autocuidado.

ABSTRACT

Objective: to investigate the nursing diagnosis “Self-care deficit in dressing of mastectomized women”. **Method:** this is a cross-sectional study, conducted with 55 women undergoing antineoplastic treatment in October and November 2011. We analyzed variables with “yes” and “no” answers by z test for proportions; associations between surgery type and defining characteristics by χ^2 test; normality of variables using the Kolmogorov-Smirnov test; and group mean values by the Mann-Whitney test. The study was approved by the Research Ethics Committee of Universidade de Fortaleza (Unifor), under the CAAE 0327.0.037.000-11. **Results:** the nursing diagnosis concerned was identified in 92.7% of women. The mean duration of surgery was lower in women with the ability to take off and close their clothes than in those without these defining characteristics ($p = 0.046$ and $p = 0.036$, respectively). There was no association between these characteristics and right or left mastectomy ($p > 0.005$). **Conclusion:** data suggest that the nurse involves the preparation of a partner, relative, or caregiver to support in “dressing up”. **Descriptors:** Nursing; Mastectomy; Women’s Health; Self-Care.

RESUMEN

Objetivo: investigar el diagnóstico de enfermería “Déficit en el autocuidado para vestirse de mujeres mastectomizadas”. **Método:** esto es un estudio transversal, realizado con 55 mujeres en tratamiento antineoplásico en octubre y noviembre de 2011. Fueron analizadas las variables con respuestas “sí” y “no” por la prueba z para proporciones; asociaciones entre tipo de cirugía y características definidoras por la prueba χ^2 ; normalidad de las variables por la prueba de Kolmogorov-Smirnov; y medias de los grupos por la prueba de Mann-Whitney. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade de Fortaleza (Unifor), bajo el CAAE 0327.0.037.000-11. **Resultados:** el diagnóstico de enfermería en cuestión fue identificado en 92,7% de las mujeres. La duración media de la cirugía fue menor en las mujeres con capacidad de quitar y cerrar la ropa que en aquellas que no tienen esas características definidoras ($p = 0,046$ y $p = 0,036$, respectivamente). No hubo asociación de esas características con mastectomía derecha o izquierda ($p > 0,005$). **Conclusión:** los datos plantean que el enfermero involucre la preparación del compañero, familiar o cuidador en el apoyo a “vestirse”. **Descriptores:** Enfermería; Mastectomía; Salud de la Mujer; Autocuidado.

¹Enfermeira. Professora no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Irmã Tereza Maria de Jesus. Recife (PE), Brasil. E-mail: cinthia.emanuella@hotmail.com; ²Enfermeira no Hospital São Carlos. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lorena.matoso@hotmail.com; ³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora na Universidade de Fortaleza (Unifor) e na Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (Faece). Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: mayennep@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na UFC. Bolsista Capes. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: cfamerico@yahoo.com.br; ⁶Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Professor no Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (Uece). Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: pcalmeida@gmail.com

INTRODUÇÃO

O principal objetivo da enfermagem é prestar cuidado de qualidade e de forma humanizada, atendendo às necessidades do indivíduo que está passando por um processo de saúde/doença, para que este possa superá-lo da melhor forma. Em se tratando da mulher com diagnóstico de câncer de mama que se submete à mastectomia, suas necessidades básicas ficam alteradas, requerendo do enfermeiro assistência e orientação para o autocuidado. Para tanto, é necessário que o referido profissional tenha conhecimento das necessidades da paciente, o que é possível mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) n. 272/2002, a SAE é uma incumbência privativa do enfermeiro. Para ser implementada, requer o uso de método científico, resultando em um modo organizado de prestar cuidados. É composto por etapas previamente estabelecidas, que incluem a investigação de dados do paciente, diagnóstico, intervenção e avaliação de enfermagem.¹

Para assegurar o cuidado às mulheres com câncer de mama, o enfermeiro precisa estar atualizado, ampliando seus conhecimentos técnico-científicos, suas habilidades técnicas, a compreensão dos mecanismos da doença e dos tratamentos, assim como a crescente incorporação tecnológica, possibilitando maior acesso da população às informações.²

Em 2010 foram registrados, no Brasil, cerca de 49.240 novos casos de câncer de mama, sendo 17.540 referentes às capitais. Para o Ceará, em 2010, foram estimados 1.660 novos casos de câncer de mama para cada 100.000 mulheres, o que corresponde a uma taxa bruta de 37,2. Já o número de novos casos para a capital, Fortaleza, foi de 690, correspondendo a uma taxa bruta de 51,6.³

Assim, o câncer de mama é o mais comum na população feminina, sendo a segunda causa de morte por câncer entre mulheres ocidentais, fato comprovado pelo elevado número de novos casos identificados anualmente.³ É a neoplasia mais temida pelas mulheres, tanto pela prevalência elevada quanto por não ser passível de prevenção, mas apenas de detecção precoce. Outro temor é relativo a uma possível mastectomia, que acarreta transtornos psicológicos pelas mudanças na autoimagem, bem como o desconforto físico da cirurgia e a limitação para realizar as atividades de vida diária.

Estudos têm investigado o déficit de autocuidado em mulheres mastectomizadas. Pesquisa documental realizada com 239 mulheres que realizaram a referida cirurgia em hospital de referência em oncologia de Vitória (ES) identificou o déficit de autocuidado como um dos diagnósticos de enfermagem (DE) mais prevalentes (69,6%).⁴ Outro estudo documental, realizado no Serviço de Oncologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com 140 clientes que seriam submetidas a cirurgia, incluindo a mastectomia e ressecção ampla de mama, demonstrou a ocorrência de DE relacionados ao padrão Mover, como: Potencial para mobilidade física prejudicada; Mobilidade física prejudicada relacionada à restrição de movimentos imposta por prescrição médica; Manutenção da saúde alterada relacionada ao desinteresse expresso em comportamentos de promoção da saúde.⁵

Esses problemas de saúde podem predispor a paciente a ter um comportamento de autocuidado diminuído pela restrição de movimentos e desinteresse na promoção da saúde, ou seja, na promoção de cuidados para manter seu bem-estar.

Considerando a elevada incidência de câncer de mama e suas repercussões na saúde das mulheres, destaca-se a relevância da SAE, com vistas a prevenir complicações que possam interferir ainda mais na qualidade de vida dessas pacientes, pela aplicação de intervenções apropriadas para o DE em questão. A Resolução Cofen n. 358/2009 assegura que a SAE seja realizada de modo deliberado e que sua implementação ocorra em todos os ambientes e nos diferentes níveis de atenção em que seja realizado o cuidado de enfermagem, seja em instituição pública ou privada.⁶

Percebendo que a mulher que se submete a mastectomia passa por um longo processo de intervenção e de recuperação e que suas necessidades básicas encontram-se afetadas, é necessária uma assistência de enfermagem efetiva, para que a mulher possa enfrentar suas dificuldades com menor dano físico e psicológico.⁴

Encorajar essas mulheres para a prática do autocuidado possibilitará uma oportunidade de melhor avaliar suas condições de vida e suas tomadas de decisões diárias para adoção de hábitos saudáveis, além da importância de mantê-la informada sobre os cuidados que são indispensáveis à mastectomia, para que ela tenha participação ativa em sua recuperação

e reabilitação. Quanto maior o conhecimento das mulheres sobre a cirurgia, maior a adesão às medidas de autocuidado e menores os riscos de complicações.⁷

Nesse contexto, estudos que avaliem, em mulheres mastectomizadas, o DE “Déficit no autocuidado para se vestir” mostra-se escasso. Em revisão de literatura realizada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Base de Dados em Enfermagem (BDEnf), de janeiro de 1997 a fevereiro de 2012, sobre esse DE em mulheres com câncer de mama, onde foram utilizados os descritores: diagnóstico de enfermagem, câncer de mama e autocuidado associados. Sete artigos foram analisados; no entanto, nenhum abordou o referido DE com mulheres mastectomizadas.

O DE “Déficit no autocuidado para se vestir” consiste na capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades relacionadas a vestir-se e arrumar-se por si, tendo como características definidoras: capacidade prejudicada de calçar meias; de calçar sapatos; de colocar itens de vestuário necessários; de obter artigos de vestuário; de tirar itens de vestuário necessários; de tirar meias; de tirar sapatos; incapacidade de calçar meias; de calçar sapatos; de colocar roupas na parte inferior do corpo; de colocar roupas na parte superior do corpo; de escolher as roupas; de fechar as roupas; de manter a aparência em nível satisfatório; de pegar as roupas; de tirar as meias; de tirar as roupas; de tirar os sapatos; de usar dispositivos auxiliares e de usar zíperes. Há os seguintes fatores relacionados: ansiedade grave; barreiras ambientais; desconforto; dor; fadiga; fraqueza; motivação diminuída; prejuízo cognitivo; prejuízo musculoesquelético; prejuízo neuromuscular e prejuízo perceptivo.⁸

O interesse para realização deste estudo deveu-se à prática vivenciada pelas autoras com mulheres mastectomizadas que apresentavam dificuldades para realizar atividades de vida diária, sobretudo a de vestir-se, dependendo de outras pessoas para auxiliá-las na realização dessa atividade. Assim, os objetivos foram:

- Investigar o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado para se vestir em mulheres mastectomizadas”;
- Identificar o perfil socioeconômico das mulheres participantes do estudo e verificar a proporção de ocorrência das características definidoras e dos fatores

relacionados ao “Déficit no autocuidado para se vestir”.

MÉTODO

Trata-se estudo transversal, descritivo e exploratório, desenvolvido em outubro e novembro de 2011, no setor de oncologia de hospital filantrópico do Sistema Local de Saúde de Fortaleza (CE), conveniado ao SUS.

Participaram 55 mulheres mastectomizadas que realizavam tratamento antineoplásico no ambulatório de quimioterapia do referido hospital. Esse número de mulheres foi determinado de acordo com a demanda do setor no período especificado para a coleta de dados, tendo em vista que não existiam registros a respeito do número de mulheres mastectomizadas que realizava acompanhamento nessa instituição hospitalar. O contato com as mulheres ocorreu por conveniência, de forma consecutiva, ou seja, as mulheres foram convidadas a participar do estudo à medida que compareciam ao hospital para sessões de quimioterapia.

Os critérios de inclusão adotados foram: estar em acompanhamento no referido hospital, ter o diagnóstico confirmado de câncer de mama e ter sido submetida a cirurgia de mastectomia parcial, uni ou bilateral.

Os dados foram coletados mediante entrevista, que seguiu um formulário pré-estabelecido abordando variáveis demográficas e socioeconômicas (idade, escolaridade, número de pessoas na família, renda, ocupação e condições de união); variáveis relacionadas à cirurgia (tempo de cirurgia e tipo de cirurgia); e variáveis referentes ao DE em estudo (características definidoras e fator relacionado). O DE em análise foi determinado pela presença das características definidoras maiores: capacidade prejudicada para colocar e retirar roupas; incapacidade de fechar a roupa; incapacidade de arrumar-se satisfatoriamente; e incapacidade de apanhar ou substituir os artigos de vestuário. A presença de uma ou mais dessas características definidoras é suficiente para estabelecer o diagnóstico em estudo.⁹

Foram calculadas as medidas estatísticas média, desvio padrão e erro padrão da média (EPM) da idade e tempo de cirurgia. Foram analisadas as variáveis com respostas “sim” e “não” por meio do teste de z para proporções; as associações entre tipo de cirurgia e as características definidoras foram verificadas pelo teste χ^2 . Verificou-se a normalidade das variáveis pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

As médias dos grupos foram analisadas pelo teste de Mann-Whitney. Consideraram-se como estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$. Os dados foram processados no programa SPSS, versão 14.0.

Foram seguidas as recomendações da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).¹⁰ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), sob o CAAE n. 0327.0.037.000-11 e o Protocolo n. 282/2011. As participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Os dados apresentados na Tabela 1 integram informações relevantes acerca da amostra pesquisada, em que são observadas características relativas a algumas variáveis

demográficas e socioeconômicas. Constatou-se que a idade das mulheres variou de 23 a 73 anos, com média de $48,2 \pm 10,6$ anos. Destaca-se o percentual significativo de mulheres mastectomizadas com menos de 40 anos (18,1%). A escolaridade variou da ausência de escolaridade ao Ensino Superior, predominando o Ensino Fundamental, com 33 (60,0%) mulheres. O número de pessoas na família variou de 2 a 10, com média de $3,95 \pm 1,79$ pessoas, para uma renda familiar que variou de menos de 1 até mais de 3 salários-mínimos, correspondendo à média de R\$ $914,16 \pm 828,07$. A maioria das mulheres, ou seja, 33 (60,0%) tinham por ocupação as atividades do lar e 37 (67,3%) eram casadas ou viviam em união consensual.

Tabela 1. Distribuição do número de mulheres mastectomizadas, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Fortaleza (CE), 2011.

Variáveis	n = 55	%
Idade (anos) $\chi = 48,2 \pm 10,6$ anos		
23-39	10	18,1
40-49	22	40,0
50-73	23	41,9
Escolaridade		
Sem escolaridade	2	3,6
Ensino Fundamental	33	60,0
Ensino Médio	15	27,3
Ensino Superior	5	9,1
Número de pessoas na família $\chi = 4,0 \pm 1,8$ pessoas		
2-3	29	52,8
4-6	22	40,0
8-10	4	7,2
Renda familiar (SM) $\chi = R\$ 914,2 \pm 828,1$		
Até 1	23	41,8
1/2	21	38,2
2/3	4	7,3
≥ 3	7	12,7
Ocupação		
Atividades do lar	33	60,0
Trabalho fora de casa	18	32,7
Aposentada	4	7,3
Condição de união		
União consensual ou casada	37	67,3
Solteira ou sem companheiro	13	23,6
Viúva	5	9,1

Na Tabela 2, é observado que a média do tempo de realização da mastectomia foi de $24,4 \pm 41$ meses, com predomínio de tempo de cirurgia de até 6 meses - 25 (45,4%). Quanto

ao tipo de mastectomia, houve equivalência entre a cirurgia unilateral direita e esquerda, em 45,4% das entrevistadas.

Tabela 2. Distribuição do número de mulheres mastectomizadas, segundo dados relacionados à cirurgia. Fortaleza-CE, 2011.

Variáveis	n = 55	%
Tempo de realização da mastectomia (mês) $\chi = 24,4 \pm 41$ meses		
Até 6	25	45,4
7-12	13	23,7
16-48	10	18,1
60-180	7	12,8
Tipo de mastectomia		
Unilateral- Mama direita	25	45,4
Unilateral- Mama esquerda	25	45,4
Bilateral	4	7,3
Parcial	1	1,8

A Tabela 3 apresenta as características definidoras e fator relacionado ao DE “Déficit no autocuidado para se vestir”. Segundo o

critério adotado de que o DE em análise seria determinado de acordo com a presença de pelo menos uma das características

definidoras maiores (capacidade prejudicada para colocar e retirar roupas; incapacidade de fechar a roupa; incapacidade de arrumar-se satisfatoriamente; e incapacidade de apanhar ou substituir itens do vestuário), isso foi verificado em 51 (92,7%) mulheres. Essa elevada prevalência reflete a necessidade de monitoramento e ação por parte do enfermeiro no estabelecimento de intervenções que sejam capazes de dar esse suporte para a mulher mastectomizada, o que pode ser delegado ao parceiro, familiar ou cuidador, com as devidas orientações para evitar desconforto ou dano físico.

Outras características definidoras e fatores relacionados apresentados na Tabela 3 reforçam a presença do DE no público-alvo desta pesquisa, com exceção de colocar e tirar itens do vestuário necessários, cujos valores de p foram maiores que 0,005.

Ressalta-se que incapacidade de escolher as suas roupas; incapacidade de manter sua

aparência em nível satisfatório; incapacidade de pegar uma roupa para se vestir; e incapacidade de tirar os sapatos estiveram ausentes no grupo pesquisado.

Quanto aos fatores relacionados à capacidade prejudicada para se vestir, os mais citados foram: prejuízo perceptivo - 9 (16,4%); dor - 6 (10,9%); desconforto e prejuízo musculoesquelético - 4 (7,3%); desconforto - 3 (5,5%); fraqueza - 3 (5,5%); desconforto e dor - 3 (5,5%); dor e prejuízo perceptivo - 3 (5,5%). As associações ansiedade grave e dor; dor e fadiga; desconforto, dor e fraqueza; desconforto, dor e prejuízo musculoesquelético; e desconforto, fraqueza e prejuízo musculoesquelético apareceram em 2 (3,6%) entrevistadas cada uma. Os demais fatores apresentaram frequência de 1 (1,8%) mulher cada um, e 5 (10,9%) mulheres referiram não apresentar nenhum dos fatores.

Tabela 3. Distribuição do número de mulheres mastectomizadas, segundo características definidoras e fator relacionado ao diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado para se vestir”. Fortaleza (CE), 2011.

Características definidoras e fator relacionado ⁽¹⁾	Sim		Não		P1
	n = 55	%	n = 55	%	
Capacidade prejudicada para					
Colocar e retirar a roupa	34	61,8	21	38,2	0,013
Fechar as roupas	18	32,7	37	67,3	<0,0001
Arrumar-se satisfatoriamente	39	70,9	16	29,1	<0,0001
Apanhar ou substituir artigos do vestuário	18	2,7	37	67,3	<0,0001
Calçar meias	17	30,9	38	69,1	<0,0001
Calçar sapatos	17	30,9	38	69,1	<0,0001
Colocar itens do vestuário necessários	29	52,7	26	47,3	0,567
Obter itens do vestuário	11	20,0	44	80,0	<0,0001
Tirar itens do vestuário necessários	31	56,4	24	43,6	0,182
Tirar meias	11	20,0	44	80,0	<0,0001
Tirar sapatos	10	18,2	45	81,8	<0,0001
Incapacidade para					
Calçar as meias	1	1,8	54	98,2	(2)
Calçar os sapatos	---	---	55	100,0	
Colocar as roupas na parte inferior do corpo	3	5,5	52	94,5	
Colocar as roupas na parte superior do corpo	1	1,8	54	98,2	
Escolher suas roupas	---	---	55	100,0	
Manter sua aparência em nível satisfatório	---	---	55	100,0	
Pegar uma roupa para se vestir	---	---	55	100,0	
Tirar as meias	1	1,8	54	98,2	
Tirar as roupas	1	1,8	54	98,2	
Tirar os sapatos	---	---	55	100,0	
Vestir-se com zíperes ou outros dispositivos auxiliares	2	3,6	53	96,4	

⁽¹⁾ p1 do teste z para proporções; ⁽²⁾ não foram realizados testes devido aos pequenos valores de n para “sim”.

Na Tabela 4, é observado que o tempo médio de cirurgia foi menor nas mulheres com capacidade de tirar a roupa e de fechar a

roupa que naquelas que não tinham essas características definidoras (p = 0,046 e p = 0,036, respectivamente).

Tabela 4. Comparação das médias do tempo de cirurgia, segundo as características definidoras maiores: capacidade de tirar e de fechar a roupa. Fortaleza (CE), 2011.

Característica	Média ± EPM ^(1,2)	p1
Capacidade de tirar a roupa		0,046
Sim	17,12 ± 4,8	
Não	36,1 ± 12,0	
Capacidade de fechar a roupa		0,036
Sim	10,3 ± 3,4	
Não	31,2 ± 7,8	

⁽¹⁾ p1 do teste t de Student para dados independentes; ⁽²⁾ tempo em meses; não foram realizados testes das demais características definidoras maiores devido aos pequenos valores de n para “sim”.

A Tabela 5 apresenta que não houve associação das características definidoras capacidade de tirar a roupa e de fechar a roupa com o tipo de cirurgia (mastectomia direita ou esquerda) ($p > 0,005$).

Tabela 5. Associação entre características definidoras e tipo de cirurgia. Fortaleza (CE), 2011.

Características definidoras	Tipo de cirurgia				
	Mama direita		Mama esquerda		p
	no.	%	no.	%	
Capacidade para retirar roupas					0,382
Sim	14	56,0	17	68,0	
Não	11	44,0	8	32,0	
Capacidade para fechar roupas					0,544
Sim	7	28,0	9	36,0	
Não	18	72,0	16	64,0	

DISCUSSÃO

Um dos fatores de risco para o câncer de mama é a idade superior a 35 anos, sendo uma neoplasia pouco comum em idade inferior. O maior acometimento ocorre entre 40 e 60 anos de idade, podendo-se observar um aumento no número de casos após os 50 anos. Tais informações são concordantes com os resultados deste estudo. Em pesquisa realizada em hospital de referência para oncologia em Vitória (ES) com 239 participantes, 64,8% tinham entre 40 e 59 anos. Estudo realizado no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, com 120 mulheres submetidas à mastectomia, observou média de idade de $49,8 \pm 11,0$ anos.^{6,4,11}

Considerando a predominância de mulheres com Ensino Fundamental, achados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com 18 mulheres mastectomizadas em município de Belém (PA), no qual 61% possuíam essa mesma escolaridade.¹²

A escolaridade é fator interveniente em diversos aspectos relacionados à saúde, influenciando diretamente a qualidade do autocuidado. Mulheres com menor escolaridade apresentam maior dificuldade para apreender a informação e colocá-la em prática em seu benefício após uma mastectomia, por exemplo. O mesmo raciocínio justifica a baixa procura pelos serviços de saúde e a detecção tardia do câncer de mama, levando as mulheres a mastectomias radicais, mutiladoras e com maior déficit para se vestir.^{12,13}

A maioria das mulheres vive com uma renda de até 1 salário-mínimo, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado em Goiânia (GO), em que 69,5% dos 82 prontuários revisados de mulheres mastectomizadas apresentavam informações sobre renda familiar inferior a 1 salário-mínimo.¹⁴

O baixo nível socioeconômico, associado à baixa escolaridade contribui para o aumento do risco de câncer, tanto pela dificuldade de

acesso aos serviços de saúde quanto pela falta de instrução sobre o assunto.

Em relação à ocupação, 33 (60,0%) mulheres desenvolviam atividades do lar, que são tarefas braçais praticamente na totalidade. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com 25 pacientes mastectomizadas em tratamento no Centro de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió (AL), em que 64% desenvolviam as mesmas atividades.¹⁵

É importante analisar essa variável, em virtude das condições impostas a estas mulheres após a mastectomia, tendo em vista as limitações na realização de determinadas atividades do lar, o que pode causar ansiedade, preocupação, pois, por elas estarem impossibilitadas de exercer algumas tarefas, terão parte da organização do ambiente doméstico desprovido de zelo ou a mercê de outros membros da família, o que acaba afetando a dinâmica familiar.^{12,15}

Além das limitações impostas pela cirurgia, sendo baixo o grau de instrução dessas mulheres, é mais provável que estas tenham como oferta de trabalho os serviços pesados, braçais, ficando também com suas atividades laborais prejudicadas.¹⁵

Quanto à situação conjugal, 37 (63,3%) viviam em união consensual ou casada. Achados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no núcleo de ensino, pesquisa e assistência na reabilitação de mulheres mastectomizadas, na cidade de Ribeirão Preto (SP), com 22 mulheres. Destas, 18 (81,8%) eram casadas ou viviam em união consensual.¹⁶ Essa condição de união pode ser satisfatória em relação ao apoio nas tarefas domésticas pelo companheiro, atitude de solidariedade e respeito a ser estimulada pela equipe de saúde.

Esse apoio do parceiro é relevante para fortalecer a afetividade do casal e atenuar possíveis sentimentos de desprezo do companheiro, bastante temidos pelas mulheres, que expressam ser a mama símbolo da sexualidade feminina, fonte de

sensualidade e de libido, e, então, mutilada. Estudo realizado em Cingapura com 20 mulheres mastectomizadas identificou que 9 apresentaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição na frequência de relações sexuais.^{12,17}

O tempo de realização da mastectomia da maioria das mulheres foi de cerca de 6 meses. Contudo, os valores de *p* mostraram que tanto aqueles que têm a capacidade de tirar a roupa quanto a capacidade de fechar a roupa, o tempo médio de cirurgia foi menor do que aqueles que não tinham essas duas características definidoras (*p* = 0,046 e *p* = 0,036, respectivamente). Isso significa que quanto menor o tempo de cirurgia, maior a capacidade do paciente para tirar e fechar a roupa. Parece mais racional que quanto menor o tempo de mastectomia, maior a limitação da mulher em relação à atividade vestir-se, uma vez que o trauma psicológico e físico é mais recente. Porém, esse resultado encontrado pode ser justificado pelo fato de que, nesse tempo maior, é maior o período em que a mulher realmente realiza suas primeiras tentativas de tirar e fechar a roupa sem ajuda, tornando tais características mais presentes.

Encontrou-se predominância de mastectomia radical unilateral, com equivalência entre as mamas direita e esquerda. Achados divergentes foram observados em estudo realizado com 120 mulheres submetidas à mastectomia, que encontrou predominância da mastectomia unilateral esquerda (53,3%), consoante literatura na qual a mama mais afetada é a esquerda.¹¹ Portanto, estudos que comparem o DE “Déficit no autocuidado para se vestir” entre mulheres que realizaram mastectomia no braço dominante ou não e se houve esvaziamento linfático ou não são pertinentes, uma vez que são condições que geram níveis de dificuldades diferenciados.

Em relação ao DE em questão, estudo documental realizado em 239 prontuários teve por objetivo identificar os DE mais prevalentes em mulheres mastectomizadas, encontrando 69,6% destas com o DE “Autocuidado diminuído”, sendo o “Déficit no autocuidado para se vestir” o segundo mais frequente.⁵ Outra pesquisa realizada em São Paulo, com 28 mulheres mastectomizadas verificou que as atividades de vestir-se e despir-se, tomar banho e lavar a parte superior do ombro oposto a cirurgia foram as atividades que promoveram mais dificuldade. Observou-se, ainda, que os fatores relacionados mais citados foram o prejuízo perceptivo e a dor, o que também corrobora o

estudo supracitado, quando 10 das 28 mulheres entrevistadas referiram dificuldade na realização de exercícios, relacionada principalmente à dor.¹⁸

CONCLUSÃO

A idade das mulheres mastectomizadas estudadas foi concordante com a média apresentada pelo Ministério da Saúde para maior incidência de câncer de mama (50 anos), bem como baixa escolaridade e renda familiar menor que 1 salário-mínimo. A maior parte havia realizado a mastectomia há 6 meses, com predominância da cirurgia unilateral.

Foi identificada elevada prevalência do DE em foco (92,7%), o que demonstra a necessidade dos enfermeiros estabelecerem intervenções na assistência à mulher mastectomizada e envolve o preparo de parceiro, familiar ou cuidador no apoio a atividade de vida “vestir-se”, dirigido às características definidoras e ao fator relacionado presentes.

O tempo médio de cirurgia foi menor nas mulheres com capacidade de tirar e de fechar a roupa que naquelas que não tinham essas duas características definidoras (*p* = 0,046 e *p* = 0,036, respectivamente). Não houve associação dessas características com o tipo de cirurgia, mastectomia direita ou esquerda (*p* > 0,005).

Como limitação do estudo, destaca-se o uso do conceito características definidoras, de Carpenito-Moyet, para avaliação da presença do diagnóstico, uma vez que, atualmente, vêm sendo utilizadas medidas de acurácia e testes estatísticos para o estabelecimento da presença do DE, garantindo maior eficácia.

Considerando a importância dos enfermeiros na prevenção e promoção da saúde, observa-se a necessidade de mais estudos acerca do diagnóstico, bem como sobre o câncer em geral.¹⁹

Assim, sugere-se que estudos futuros possam ser realizados tomando como objeto de investigação esse DE, de modo a superar a limitação apresentada neste estudo, com amostras mais representativas de grupos comparativos entre mastectomia direita e esquerda.

REFERÊNCIAS

1. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

2. Abrão RS, Besson RB, Buetto LS, Sonobe HM, Lenza NFB. Nursing care to the women with breast cancer: literature review. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Aug [cited 2011 Sep 25];5(6):1514-21. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1401>.
3. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
4. Primo CC, Leite FMC, Amorim MHC, Sipioni RM, Santos SH. Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2010 Aug [cited 2011 Oct 10];23(6):803-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/14.pdf>.
5. Lopes RAM, Macedo DD, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação de oncologia. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 1997 Oct [cited 2011 Oct 12];5(4):35-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000400005.
6. Oliveira SKP, Viana MTMP, Bilhar SPO, Lima FET. Sistematização da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas. Cogitare Enferm [Internet]. 2010 Apr-June [cited 2011 Oct 10];15(2):319-26. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/17869>.
7. Oliveira MS, Santos MCL, Almeida PC, Panobianco MS, Fernandes AFC. Avaliação de manual educativo como estratégia de conhecimento para mulheres mastectomizadas. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2012 Aug [cited 2012 Oct 30];20(4):668-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400006&lng=en.
8. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definição e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Carpenito-Moyet LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
10. Brasil. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
11. Pinto MCG. As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e corresponder para cuidar [thesis]. Porto: Universidade do Porto; 2009 [cited 2011 Oct 10]. Available from: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19362/2/Tese%20Mestrado%20Carmo%20Pinto2.pdf>.
12. Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues ILA, Leite TV, Santos LMS, et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 Sept-Oct [cited 2011 Nov 5];63(5):727-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/06.pdf>.
13. Matos JC, Carvalho MDB, Pelloso SM, Uchimura TT, Mathias TAF. Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2009 Sept [cited 2012 Dec 12];30(3):445-52. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8989>.
14. Oliveira AV, Assis JN, Martins KA, Naves MGV. Características sociodemográficas e ginecológicas de portadoras de câncer de mama atendidas no programa de mastologia de hospital público em Goiânia - Goiás [document on the internet]. 2009 [cited 2013 Oct 4]. Available from: www.crn1.org.br/saudepublica.doc.
15. Lobo RCMM, Santos NO, Dourado G, Lucia MCS. Beliefs related to a process of sickness and cure in women with mastectomy: a psychoanalytic study. Psicol Hosp [Internet]. 2006 [cited 2011 Nov 10];4(1):1-20. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v4n1/v4n1/a03.pdf>.
16. Panobianco MS, Sampaio BAL, Caetano EA, Inocenti A, Gozzo TO. Comparação da cicatrização pós-mastectomia entre mulheres portadoras e não portadoras de diabetes mellitus. Rev RENE [Internet]. 2010 Dec [cited 2011 Nov 2];11:15-22. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a02v11esp_n4.pdf.
17. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análises dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estud Psicol (Natal) [Internet]. 2003 Jan-Apr [cited 2011 Nov 2];8(1):155-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>.
18. Gutiérrez MGR, Bravo MM, Chanes DC, Vivo MCR, Souza GO. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 Sep [cited 2011 Nov 11];20(3):249-54. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a02v20n3.pdf>.

19. Pinheiro SJ, Fernandes MMJ, Jucá MM, Carvalho ZMF, Fernandes AFC. Coping with the diagnosis of breast cancer by women: literature review study. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 May-June [cited 2010 June 2];4(Spec):1031-7. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/885/pdf_88.

Submissão: 12/08/2012

Aceito: 03/09/2013

Publicado: 15/10/2013

Corresponding Address

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente

Rua João Paulo I, 196 – Sapiroanga

CEP: 60833-166 – Fortaleza (CE), Brasil