

Escola Superior de Saúde Atlântica
6º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Mastectomia Radical: O Ensino prestado pelos Enfermeiros às Clientes, Internadas num Serviço de Cirurgia



Elaborado por:

Ana Rita Patrício Gomes nº 200691146

Orientadora:

Leonor Carvalho

Escola Superior de Saúde Atlântica
6º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Mastectomia Radical: O Ensino prestado pelos Enfermeiros às Clientes, Internadas num Serviço de Cirurgia



→ Monografia realizada com o intuito da obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem.

- A figura que consta da capa tem como título *Intimidade*, como fonte, André Brito (2009), em *Olhares – Fotografia Online*, disponível *online* em: http://olhares.aeiou.pt/intimate_17_foto1316270.html – último acesso em 15/12/2009.

Elaborado por:

Ana Rita Patrício Gomes nº 200691146

Orientadora:

Leonor Carvalho

A autora é a única responsável pelas ideias expressas no presente estudo

Agradecimentos

Gostaria de prestar os meus mais sinceros agradecimentos à professora Leonor Carvalho, que me orientou nesta longa e difícil caminhada. Obrigado por tudo o que me transmitiu e por ter acreditado em mim. Foi um prazer enorme, ser orientada pela professora.

Um agradecimento cordial, a todos os Professores e Orientadores que passaram pela minha vida, e que estiveram presentes em algum momento, neste percurso académico. Obrigado por tudo, de certo que contribuíram em grande escala para o meu desenvolvimento intelectual e pessoal.

Agradeço à Enfermeira Irene Caeiro, pela disponibilidade bem como, a toda a equipa de Enfermagem do serviço de cirurgia 6, do Hospital Santo António dos Capuchos pela sua colaboração, aquando a colheita de dados do presente estudo de investigação.

Um obrigado sentido, a todos os que de algum modo colaboraram para que o meu percurso fosse o mais enriquecedor possível. Passaram-se quatro anos marcantes, que nunca irei esquecer na minha vida. Obrigado a todos os colegas e amigos da Universidade Atlântica.

Aos meus pais, João e Maria José Gomes, bem como ao meu irmão Ricardo, por todo o amor e carinho que sempre me deram, por estarem sempre ao meu lado, por serem o meu apoio nos bons e maus momentos da vida e por acreditarem em mim, mesmo quando eu não conseguia ver a saída. Obrigado família. Obrigado pelo colo que sei que vou sempre ter, quando chego a casa depois de mais um dia. Dedico-vos esta vitória pessoal.

Não esquecendo ninguém, nem querendo ferir susceptibilidades, quero agradecer à Lu (Ana Lino), à Pipa (Filipa Garção), ao Pedro, ao Rui Silva, ao Tiago Neves, à Sónia Coelho e ao André Calado, por todos os momentos maravilhosos de trabalho, discórdia, discussão, riso, alegria, tristeza e claro pela vossa amizade. Obrigado por existirem e por me deixarem fazer parte da vossa vida. Vão estar sempre comigo no meu pensamento.

Por fim, obrigado a todos os presentes, aos que não estão presentes e aos que me estão a ver, mesmo que, de um lugar especial.

Resumo

Mastectomia Radical: O Ensino Prestado pelos Enfermeiros, às Clientes, Internadas num Serviço de Cirurgia

O presente estudo de investigação baseia-se no interesse em explorar um tema actual e numa necessidade sentida ao longo de um Ensino Clínico da Licenciatura em Enfermagem. O problema de investigação incide no Ensino que é prestado pelos enfermeiros, às clientes submetidas a Mastectomia radical, durante o internamento.

Norteadas pela questão de investigação: *“Qual o Ensino que é prestado pelos enfermeiros, às clientes submetidas a Mastectomia radical, durante o internamento?”* e pelo objectivo geral: Conhecer o ensino prestado pelos enfermeiros, às clientes submetidas a Mastectomia radical, durante o internamento; Enveredei pelo paradigma quantitativo, utilizando o estudo descritivo simples.

A autora propôs-se a estudar a população, constituída por todos os Enfermeiros do Hospital Santo António dos Capuchos do serviço de cirurgia 6 prestadores de Cuidados, excepto a enfermeira chefe.

A colheita de dados foi efectuada através de um questionário. Os dados foram tratados através da estatística descritiva, com recurso a programas informáticos.

Com a realização do estudo conclui-se que, segundo os dados obtidos, o ensino prestado, apresenta algumas lacunas e necessita de uma maior uniformização. Conclui-se que a população em estudo não possui formação específica na área de oncologia nem na área do cancro da mama, sendo que 82,1% (23 sujeitos) não tem formação específica em oncologia e 92,9% (26 sujeitos) não tem, formação específica sobre cancro da mama. A população em estudo na generalidade realiza a preparação para a alta o mais precocemente possível, uma vez que, 57,1% (16 sujeitos) iniciam o planeamento da alta no período pré-operatório. Por último, conclui-se que o ensino/abordagem sobre a sexualidade é o menos prestado pelos enfermeiros.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Ensino, Cancro da Mama, Mastectomia.

Resumen

Mastectomía radical: La educación proporcionada por los enfermeros, a los clientes, hospitalizados en un servicio de cirugía.

Este estudio de investigación se basa en el interés en la exploración de un tema de la actualidad actualidad y en una necesidad sentida en un entrenamiento clínico de laen Licenciatura en Enfermería. El problema de investigación se centra en la educación que es proporcionada por los enfermeros, a los clientes sometidos a una mastectomía radical durante la hospitalización.

Guiada por la pregunta de investigación " Qual es la educación proporcionada por los enfermeros, a los clientes sometidos a una mastectomía radical durante la hospitalizacion?" y el objetivo general: Conocer la educación proporcionada por los enfermeros, a los clientes sometidos a una mastectomía radical durante la hospitalizacion; Eligió paradigma cuantitativo, mediante estudio descriptivo simple.

La autora se propone a estudiar la población, que consta de todos los enfermeiros de los servicios del *Hospital de Santo António dos Capuchos* prestadores de cuidados de la cirugía 6, excepto la enfermera jefe.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario. Los datos fueron procesados utilizando la estadística descriptiva, utilizando el software.

Con el estudio concluyó que, de acuerdo a los datos obtenidos, la educación llevada a cabo, es insuficiente y necesita una mayor normalización. Se concluye que la población del estudio no tiene formación específica en oncología o en el área de cáncer de mama, y 82,1% (23 personas) no tienen formación específica en oncología y 92,9% (26 sujetos) no tienen formación específica en el especial en el cáncer de mama. Llegamos a la conclusión de que la población de estudio en general lleva a cabo la preparación para el alta lo antes posible, ya que 57,1% (16 sujetos) inicia la planificación de la alta en el pre-operatorio. Por último, se concluye que el enfoque de la educación de la sexualidad es el menos realizado por los enfermeros.

Palabras clave: atención de enfermería, la educación, el cáncer de mama, la mastectomía.

Abstract

Radical Mastectomy: The education provided by nurses, to clients, admitted in a Surgery Service

This research study is based on the interest in exploring a topical issue and a need felt over a Clinical Training in Nursing Degree. The research problem focuses on education that is provided by nurses, to the clients undergoing radical mastectomy during the hospitalization.

Guided by the research question "What education is provided by nurses, to clients, undergoing radical mastectomy, during the hospital?" And the general objective: Understand the education provided by nurses, to the clients submitted to radical mastectomy, during hospitalization. The author chose quantitative paradigm, using simple descriptive study.

The author proposed the study population consisting of all the nurses of the Hospital Santo Antonio dos Capuchos service 6 surgery, care providers unless the head nurse.

The data collection was conducted through a questionnaire. The data were processed using descriptive statistics, using the software.

With the study concluded that, according to data obtained, the teaching carried out, is lacking and needs further standardization. The study population does not have specific training in oncology or in the area of breast cancer, and 82.1% (23 subjects) have no specific training in oncology and 92.9% (26 subjects) did not has special training in breast cancer. I conclude that the study population generally carries out preparation for discharge as early as possible, since 57.1% (16 subjects) start planning for the high pre-operatively. Finally, it is concluded that the teaching approach to sexuality is the least used by nurses.

Keywords: nursing care, education, breast cancer, mastectomy.

Sintesi

Mastectomia Radicale: L'insegnamento svolto da Personale Infermieristico, la pazienti, ricoverati in un Servizio di Chirurgia.

Questo studio di ricerca si basa sulla interesse a esplorare un tema di attualità e di una esigenza sentita nel corso di l'insegnamento clinico di Laurea in Infermieristica. Il problema di inchiesta sta nel campo dell'istruzione che viene prestati da personale infermieristico, a pazienti in fase di Mastectomia radicale durante il ricovero in ospedale.

Guidata dalla domanda di ricerca: *“Cosa l'istruzione è fornita da personale infermieristico, a pazienti in fase di Mastectomia radicale durante il ricovero?”* L'obiettivo generale: Per capire l'insegnamento impartito da personale infermieristico, i clienti presentate alla mastectomia radicale, durante il ricovero in ospedale, ho seguito il paradigma quantitativa, utilizzando semplici studio descrittivo.

L'autore ha proposto studiare la popolazione, composto da tutti gli infermieri dell *Hospital Santo António dos Capuchos* numero del servizio chirurgia 6 prestatori di cure intervento chirurgico a meno che il capo-infermiera.

La raccolta dei dati è stata condotta attraverso un questionario. I dati sono stati elaborati con statistiche descrittive, utilizzando programmi informatici.

Con lo studio è stato concluso che, secondo ai dati ottenuti, l'insegnamento svolto, è carente e ha bisogno ulteriore standardizzazione. È stato concluso che la popolazione in studio non ha una formazione specifica in oncologia o nella zona del tumore al seno, è che 82,1% (23 soggetto) non hanno una formazione specifica in oncologia e 92,9% (26 soggetto) non ha ha una formazione specifica per il tumore al seno. È stato concluso che la popolazione in studio, in generale, effettua la preparazione per lo scarico il più presto possibile, dal momento che il 57,1% (16 soggetto) la pianificazione di avvio perl a dimissione dall'ospedale nel pré-operatoria. Infine, si è concluso che istruzione/l'approccio didattico alla sessualità è il minimo fatto da infermieri.

Parole chiave: Cure Infermieristiche, L'educazione, Il cancro della mammella, la Mastectomia.

Índice

Índice de Figuras.....	xii
Índice de Quadros.....	xiii
Índice de Gráficos.....	xvii
Lista de abreviaturas e siglas.....	xx
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico.....	7
1.1 Ensino.....	7
1.2 Cancro da mama.....	9
1.2.1 Tipos de cirurgia á mama.....	12
1.2.2 Tratamentos para além da cirurgia.....	13
1.2.2.1 Quimioterapia - Efeitos colaterais.....	13
1.2.2.2 Radioterapia – Efeitos colaterais.....	14
1.2.2.3 Hormonoterapia.....	14
1.3 Internamento.....	14
1.3.1 Pré-Operatório.....	14
1.3.1.1 Preparação da cliente, Ensino.....	15
1.3.2 Pós-operatório.....	16
1.3.2.1 Cuidados com cicatriz cirúrgica.....	16
1.3.2.2 Ensino à cliente sobre o auto-cuidado à ferida Operatória.....	17
1.3.3. Vestuário.....	17
1.3.4. Soutiens.....	17
1.3.5 Próteses.....	18
1.3.5.1 Quando colocar a prótese.....	18
1.3.5.2 Cuidados com a prótese.....	18
1.3.6. Precauções especiais.....	19
1.3.7. Exercício físico.....	20

1.3.8. Prevenção do linfedema.....	24
1.3.9 Alimentação.....	25
1.3.10. Sexualidade.....	26
1.3.11.Trabalho.....	27
1.3.12. Apoios legais/contactos.....	27
1.4 Família/pessoa significativa.....	28
2. Decisões Metodológicas.....	29
2.1 Meio.....	31
2.2 Paradigma e tipo de estudo.....	31
2.3 População.....	32
2.4 Variáveis.....	33
2.5 Instrumento de colheita de dados.....	35
2.6 Previsão do tratamento de dados.....	36
2.7 Considerações éticas.....	37
3. Apresentação e análise dos resultados.....	39
3.1 Caracterização dos sujeitos.....	41
3.1.1 Idade dos sujeitos.....	41
3.1.2 Género dos sujeitos.....	42
3.1.3 Estado civil dos sujeitos.....	43
3.1.4 Habilitações Académicas dos sujeitos.....	43
3.1.5 Categoria Profissional dos sujeitos.....	44
3.1.6 Anos de Exercício Profissional.....	45
3.1.7 Anos de Exercício Profissional na Área de Cirurgia.....	47
3.1.8 Formação Especifica em Oncologia.....	48
3.1.9 Formação Especifica Sobre Cancro da Mama.....	48
3.2 Período Pré-Operatório.....	49
3.2.1 Preparação para a alta: inicio do planeamento.....	49
3.2.2 Promoção da auto-imagem: cirurgia reconstrutiva.....	50
3.2.3 Ensino: Grupos de apoio na comunidade.....	51
3.2.4 Promoção da auto-imagem: Próteses mamárias.....	51

3.2.5 Cuidados: Inserção da família/pessoa significativa.....	52
3.3 Período Pós-Operatório.....	53
3.3.1 Ensino: Movimentos “proibidos”.....	53
3.3.2 Auto-cuidado à sutura e zona circundante.....	54
3.3.3 Ensino: cuidados apropriados à sutura.....	55
3.3.4 Cuidados: Inserção da família/pessoa significativa.....	56
3.4 Preparação para a alta.....	57
3.4.1 Ensino: vestuário adequado.....	57
3.4.2 Promoção da auto-imagem: próteses mamárias e materiais especiais – soutiens especiais.....	58
3.4.3 Promoção da auto-imagem: demonstração dos diferentes tipos de materiais.....	59
3.4.4 Promoção da auto-imagem: Razão para a não demonstração dos diferentes tipos de materiais.....	60
3.4.5 Ensino: Alimentação adequada.....	61
3.4.6 Ensino: Precauções.....	62
3.4.7 Ensino: Exercícios de reabilitação.....	63
3.4.7.0 Exercício: desembainhar a espada.....	63
3.4.7.1 Exercício: tesoura.....	64
3.4.7.2 Exercício: aproximação dos cotovelos.....	64
3.4.7.3 Exercício: subir as mãos pela parede.....	65
3.4.7.4 Exercício: movimento de roldana.....	66
3.4.7.5 Exercício: apertar a bola.....	66
3.4.8 Auto-imagem: Sexualidade.....	67
3.4.9 Auto-imagem: Sexualidade, a razão para a não realização do ensino.....	67
3.4.10 Cuidados: Inserção da família/pessoa significativa.....	68
4. Discussão.....	69
5. Conclusão.....	77

6. Limitações e Implicações do Estudo.....	81
7. Sugestões.....	83
8. Referencias bibliográficas.....	85
9. Apêndices.....	89
Apêndice I – Cronograma	
Apêndice II – Instrumento de colheita de dados – Pré-teste	
Apêndice III – Carta da explicativa do estudo e do consentimento	
Apêndice IV – Carta de pedido de autorização para a recolha de dados	
Apêndice V - Carta da Declaração do Consentimento Informado	

Índice de Figuras

Figura nº1- Exercício apertar a bola.....	21
Figura nº2 - Exercício Movimento de roldana	21
Figura nº 3 - Exercício Subir as mãos pela parede.....	22
Figura nº 4 - Aproximação dos cotovelos.....	23
Figura nº 5 - Exercício Tesoura.....	23
Figura nº 6 - Exercício Desembainhar a espada.....	24

Índice de Quadros

Quadro nº1 – Classificação do cancro da mama (TNM).....	7
Quadro nº2 - Agrupamento dos estádios.....	8
Quadro nº 3 - Indicadores da dimensão período pré-operatório.....	34
Quadro nº 4 - Indicadores da dimensão período pós-operatório.....	34
Quadro nº 5 - Indicadores da dimensão referente á preparação para a alta.....	35
Quadro nº 6 - Distribuição da amostra relativamente à idade dos participantes.....	41
Quadro nº 7 - Distribuição da amostra relativamente ao género dos participantes.....	42
Quadro nº 8 - Distribuição da amostra relativamente ao estado civil dos participantes.....	43
Quadro nº 9 - Distribuição da amostra relativamente às habilitações académicas dos participantes.....	43
Quadro nº 10 - Distribuição da amostra relativamente à categoria profissional dos participantes.....	44
Quadro nº 11 - Distribuição da amostra relativamente aos anos de exercício profissional.....	45
Quadro nº 12 – Distribuição da amostra relativamente ao tempo de exercício profissional na área de cirurgia.....	47

Quadro nº 13 - Distribuição da amostra relativamente à formação específica em oncologia.....	48
Quadro nº 14 – Distribuição da amostra relativamente à formação específica sobre o cancro da mama.....	48
Quadro nº 15 – Distribuição da amostra relativamente ao início do planeamento da alta das clientes no período pré-operatório.....	49
Quadro nº 16 - Distribuição da amostra relativamente à referenciação realizada à cliente sobre a possibilidade da realização de uma cirurgia de reconstrução da mama, ou das mamas, após intervenção.....	50
Quadro nº 17 - Distribuição da amostra relativamente à informação dada à cliente sobre a existência de grupos de apoio, existentes na comunidade e/ou em instituições de saúde.....	51
Quadro nº 18 - Distribuição da amostra relativamente à informação dada à cliente referentes à existência de próteses mamárias.....	51
Quadro nº 19 - Distribuição da amostra relativamente à realização da inserção da família/pessoa significativa, aos cuidados/ensino à cliente.....	52
Quadro nº 20 - Distribuição da amostra relativamente ao esclarecimento da cliente quanto aos movimentos a evitar ou chamados “proibidos”.....	53
Quadro nº 21 - Distribuição da amostra relativamente ao alertar a cliente para despiste de sinais e sintomas sugestivos de infeção, no local da sutura e zona circundante.....	54
Quadro nº 22 - Distribuição da amostra relativamente à realização de ensino à cliente sobre cuidados apropriados ao local de incisão.....	55

Quadro nº 23 – Distribuição da amostra relativamente à inserção da família/pessoa significativa no ensino prestado à cliente, durante o período pós-operatório.....	56
Quadro nº 24 - Distribuição da amostra relativamente ao tipo de vestuário que aconselha a cliente a utilizar.....	57
Quadro nº 25 - Distribuição da amostra relativamente à informação fornecida à cliente sobre a existência de próteses mamárias e soutiens especiais.....	58
Quadro nº 26 - Distribuição da amostra relativamente aos enfermeiros que respondem “sim” na questão 20, e procuram demonstrar os diferentes tipos de materiais.....	59
Quadro nº 27 - Distribuição da amostra relativamente ao tipo de aconselhamento, prestado pelos enfermeiros, referente à alimentação.....	61
Quadro nº 28 - Distribuição da amostra relativamente às 3 precauções mais importantes, que ensina a cliente a ter após a Mastectomia.....	62
Quadro nº 29.0 - Distribuição da amostra relativamente ao exercício desembainhar a espada.....	63
Quadro nº 29.1 - Distribuição da amostra relativamente ao exercício tesoura.....	64
Quadro nº 29.2 - Distribuição da amostra relativamente ao movimento de aproximação dos cotovelos.....	65
Quadro nº 29.3 - Distribuição da amostra relativamente ao exercício subir as mãos pela parede.....	65
Quadro nº 29.4 - Distribuição da amostra relativamente ao exercício movimento de roldana.....	66

Quadro nº 29.5 - Distribuição da amostra relativamente ao exercício apertar a bola...66

Quadro nº 30 - Distribuição da amostra relativamente à abordagem sobre a sexualidade no ensino realizado à cliente.....67

Quadro nº 31 - Distribuição da amostra relativamente à inserção da família/pessoa significativa da cliente, no ensino de cuidados necessários à preparação para a alta...68

Índice de Gráficos

Gráfico n° 1 - Distribuição da amostra relativamente à idade dos participantes.....	42
Gráfico n° 2 - Distribuição da amostra relativamente ao género dos participantes.....	42
Gráfico n° 3 - Distribuição da amostra relativamente ao estado civil dos participantes.....	43
Gráfico n° 4 - Distribuição da amostra relativamente às habilitações académicas dos participantes.....	44
Gráfico n° 5 - Distribuição da amostra relativamente à categoria profissional dos participantes.....	44
Gráfico n° 6 - Distribuição da amostra relativamente aos anos de exercício profissional.....	46
Gráfico n° 7 – Distribuição da amostra relativamente ao tempo de exercício profissional na área de cirurgia.....	47
Gráfico n° 8 - Distribuição da amostra relativamente à formação específica em oncologia.....	48
Gráfico n° 9 – Distribuição da amostra relativamente à formação específica sobre o cancro da mama.....	49
Gráfico n° 10 – Distribuição da amostra relativamente ao início do planeamento da alta das clientes no período pré-operatório.....	49

Gráfico nº 11 - Distribuição da amostra relativamente à referenciação realizada à cliente sobre a possibilidade da realização de uma cirurgia de reconstrução da mama, ou das mamas, após intervenção.....	50
Gráfico nº 12 - Distribuição da amostra relativamente à informação dada à cliente sobre a existência de grupos de apoio, existentes na comunidade e/ou em instituições de saúde.....	51
Gráfico nº 13 - Distribuição da amostra relativamente à realização da inserção da família/pessoa significativa, aos cuidados/ensino à cliente.....	52
Gráfico nº 14 - Distribuição da amostra relativamente ao esclarecimento da cliente quanto aos movimentos a evitar ou chamados “proibidos”.....	53
Gráfico nº 15 - Distribuição da amostra relativamente ao alertar a cliente para despiste de sinais e sintomas sugestivos de infeção, no local da sutura e zona circundante.....	54
Gráfico nº 16 - Distribuição da amostra relativamente à realização de ensino à cliente sobre cuidados apropriados ao local de incisão.....	55
Gráfico nº 17 - Distribuição da amostra relativamente à inserção da família/pessoa significativa no ensino prestado à cliente, durante o período pós-operatório.....	56
Gráfico nº 18 – Distribuição da amostra relativamente ao tipo de vestuário que aconselha a cliente a utilizar.....	57
Gráfico nº 19 - Distribuição da amostra relativamente à informação fornecida à cliente sobre a existência de próteses mamarias e soutiens especiais.....	58
Gráfico nº 20 - Distribuição da amostra relativamente aos enfermeiros que respondem “sim” na questão 20, e procuram demonstrar os diferentes tipos de materiais.....	59

Gráfico nº 21 - Distribuição da amostra relativamente ao tipo de aconselhamento, prestado pelos enfermeiros, referente à alimentação.....61

Gráfico nº 22 - Distribuição da amostra relativamente à abordagem sobre a sexualidade no ensino realizado à cliente.....67

Gráfico nº 23 - Distribuição da amostra relativamente à inserção da família/pessoa significativa da cliente, no ensino de cuidados necessários à preparação para a alta...68

Lista de abreviaturas e siglas

DGS.....	Direcção Geral de Saúde
HSAC.....	Hospital Santo António dos Capuchos
IRS.....	Imposto sobre Rendimento Singulares
LMS.....	Linfedema do Membro Superior
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TNM.....	Tumor, Nódulo e Metastases

Introdução

“a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a pratica dos cuidados. O objectivo da investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzam à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina ... a promoção de saúde e a prevenção das doenças são as ideias centrais da sua concepção.” (Fortin, 2003, p.31).

A investigação é uma disciplina que trás muitas vantagens no que diz respeito ao enriquecimento pessoal e da própria classe (enfermeiros) a nível de conhecimentos e posteriormente de segurança na pratica da enfermagem e autonomia do enfermeiro.

No âmbito da unidade curricular Investigação, inserida no Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Atlântica, foi proposta a elaboração de um estudo científico – Monografia.

Neste contexto, surgiu a oportunidade de aprimorar o tema da mulher submetida a mastectomia radical, cuja problemática, no âmbito do ensino clínico de cirurgia, me suscitou curiosidade e interesse, na medida em que, cada vez mais o cancro da mama atinge em grande proporção as mulheres na idade adulta.

Assim, no decorrer do meu último ensino clínico, na área de cirurgia, tive oportunidade de presenciar uma realidade “*assustadora*”, para mim por ser mulher e na posição de ser humano com sentimentos para com o outro. A realidade do cancro da mama, que tem vindo a alastrar e atormenta cada vez mais a vida da mulher, é uma área muito delicada e a meu ver, é uma área que necessita de uma maior uniformização do ensino. As dúvidas dos enfermeiros vão se reflectir no ensino e posteriormente nas complicações, que, irão naturalmente surgir nas clientes.

Da mesma forma observei que no ensino, por vezes, são esquecidos pormenores importantes, relativamente aos cuidados Pós-Mastectomia. É a meu ver, necessário compreender em que ponto de situação nos encontramos, relativamente a esta temática, de modo a podermos evoluir.

Assim, observei que o ensino feito às clientes submetidas a uma mastectomia radical baseia-se, na generalidade, em algumas precauções como, as relacionadas com, medições de pressão arterial no membro afectado, colheitas de sangue, para análise, colocação de cateter venoso periférico e precauções com possíveis acidentes, que comprometam a integridade cutânea, no membro do lado onde foi realizada a intervenção cirúrgica. A nível de reabilitação, é feito ensino sobre o exercício “*Apertar a bola*”. É igualmente abordado o facto de que a cliente não deve submeter o membro ou flanco ao suporte de pesos, tudo isto em prol da prevenção de possíveis complicações.

Segundo um estudo realizado em 2004, por Serrano, C. e Pires, P., cujo tema é “*O Enfermeiro e a doente submetida a cirurgia da mama.*”, foi concluído pelos autores que, o enfermeiro é um profissional que passa 24Horas/Dia com o doente, é o técnico melhor preparado para apoiar, orientar e ajudar as mulheres mastectomizadas a ultrapassar esta fase tão difícil das suas vidas, dando apoio emocional e tendo um papel fulcral na reabilitação das clientes, reabilitação esta física e psíquica.

No estudo realizado por Recco, D. e Luiz, C. e Pinto, M. (2005), cujo tema é “*O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do Estado de São Paulo.*”, os autores concluem que, segundo os relatos das enfermeiras, no contexto em estudo, o conhecimento em oncologia é escasso, devido à falta deste conteúdo na grelha curricular da graduação. Concluíram ainda que, são prestados os cuidados de rotina, comuns, sem distinção para os clientes com cancro, embora seja reconhecida a necessidade de apoio psicológico e orientações específicas sobre a doença dos clientes e familiares.

Um outro estudo realizado no Centro Hospitalar de Coimbra, por Veiros, I. e Nunes, R. e Martins, F. (2007), cujo tema é “*Complicações da Mastectomia – Linfedema do Membro Superior (LMS).*”, os autores concluíram que, o LMS continua a ser na actualidade a principal sequela da Mastectomia. Concluem também que a reabilitação assume um papel preponderante na medida em que disponibiliza meios de intervenção que contribuem para minimizar a frequência, a evolução e as consequências directas do LMS.

Pelo exposto verifica-se, um défice no ensino visto que existem muitos outros cuidados, precauções e exercícios de reabilitação que devem ser abordados e esclarecidos às clientes, de modo a elucidar as mesmas na totalidade para que seja possível a adopção, por parte das clientes, a uma postura de prevenção e defesa contra futuras possíveis complicações.

Sabendo que, um problema de investigação é, segundo Fortin, (2000, p. 48), uma situação considerada como problemática, isto é, algo que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação, algo que exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno, e ainda, afirmando Fortin, (2000), o problema de investigação consiste em *“definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo”* (p.62), posso proferir que o meu problema de investigação é o Ensino que é prestado pelos enfermeiros, às clientes submetidas a Mastectomia radical, durante o internamento.

Um problema gera naturalmente questões, neste contexto questões de investigação que, mais uma vez segundo Fortin, (2000, p.48) é uma questão que se expressa sob a forma de uma interrogação explícita relativa ao problema a examinar e a analisar com o objectivo de obter novas informações. É, igualmente, segundo o mesmo autor, Fortin, (2000 p. 51) um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.

Posto isto, e acrescentando que segundo Polit, Beck e Hungler (2004), *“Perguntas são um convite a uma resposta e ajudam a centralizar o foco de atenção do pesquisador e do leitor sobre os tipos de dados que teriam que ser colectados para propiciar tal resposta”* (p.73), a minha questão de investigação é *“ Qual o ensino que é prestado pelos enfermeiros, às clientes submetidas a Mastectomia radical, durante o internamento?”*.

O objectivo geral do estudo é conhecer o ensino prestado pelos enfermeiros, às clientes submetidas a Mastectomia radical, durante o internamento. Como objectivos

específicos, identificar as áreas de ensino pré-operatório, identificar as áreas de ensino no período pós-operatório e na preparação para a alta clínica.

Após a delimitação da questão de investigação e dos objectivos, optei pela realização de um estudo de paradigma quantitativo do tipo descritivo simples.

A população, não é muito vasta, de modo que esta será estudada num todo, nomeadamente todos os Enfermeiros prestadores de cuidados do Hospital Santo António dos Capuchos, serviço de cirurgia 6, sendo estes um total de quarenta Enfermeiros, excepto a Enfermeira chefe.

O instrumento de colheita de dados a ser utilizado é o questionário – de modo a ser possível conhecer os ensinamentos prestados pelos Enfermeiros, durante o internamento, às clientes submetidas a mastectomia radical, sendo o tratamento dos mesmos, efectuado manual e informaticamente através do programa SPSS e Excel 2007.

O desenvolvimento deste trabalho de investigação integra todas as etapas de pesquisa, nomeadamente, definição da problemática, definição dos objectivos do estudo, realização de pesquisa bibliográfica, referenciada a população e por fim identificação das variáveis de atributo e variável de investigação.

Este trabalho encontra-se dividido em 9 capítulos:

- Revisão da literatura: No qual é abordado o Ensino, o cancro da mama, são feitas referências ao período pré e pós-operatório, são referenciados os respectivos ensinamentos adequados à cliente submetida a mastectomia radical e respectivas precauções especiais. Está também implícito o papel da família no envolvimento e acompanhamento da cliente.

- Decisões metodológicas: Neste capítulo são referenciados os elementos do desenho metodológico, nomeadamente, o Meio, Paradigma e tipo de estudo, a População, as Variáveis, o Instrumento de colheita de dados, a Previsão do tratamento dos dados e as Considerações éticas.

- Apresentação e Análise dos Resultados; neste capítulo são apresentados as tabelas e gráficos referentes a cada questão. É realizada uma análise dos resultados.

- Discussão dos Resultados; neste capítulo é realizada uma discussão dos dados mais relevantes observados no capítulo anterior.

- Conclusão;

- Limitações e Implicações;

- Sugestões;

- Referências bibliográficas;

- Apêndices: No qual será possível encontrar o respectivo Cronograma das actividades a realizar (Apêndice I), (Apêndice II) Instrumento de colheita de dados – Pré-teste, (Apêndice III) a Carta da explicativa do estudo e do consentimento, (Apêndice IV) a Carta de pedido de autorização para a recolha de dados e (Apêndice V) a Carta da Declaração do Consentimento Informado.

A redacção deste trabalho cumpre as normas preconizadas pela Universidade Atlântica – Sistema de referenciação de Harvard, e Mário Azevedo.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Ensino

O conceito de ensino, segundo Costa, J. e Melo, S. (2000), está direccionado para o acto de ensinar, de instruir, indicar e educar. Esta é, do mesmo modo, a essência no Ensino em Enfermagem, é não privar os clientes de qualquer informação que seja relevante para a sua situação de saúde ou doença.

Para Potter, P. e Perry, A. (2003), “*o ensino é uma das atribuições mais importantes da enfermagem*” (p. 154). O objectivo central da prestação de ensino é contribuir, de algum modo, para que a pessoa, família ou a comunidade atinjam níveis óptimos de saúde.

De acordo com Potter, P. e Perry, A. (2003), para que seja possível preservar a continuidade dos cuidados do hospital no domicílio é fulcral fornecer à pessoa todas as informações necessárias para a realização do auto-cuidado, no entanto, devido a internamentos mais curtos e “*a cada vez maior falta de tempo, por parte dos enfermeiros*” (Potter, P. e Perry, A., 2003, p.154), por vezes a qualidade do ensino fica prejudicada.

Existem, segundo Potter, P. e Perry, A. (2003), normas de ensino para a pessoa, estas são estipuladas, nos E.U.A. (Estados Unidos da América), pela Comissão Conjunta para a Acreditação de Organizações de Saúde (JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*). Assim foram estipuladas dez normas, das quais saliento as seguintes:

- Os doentes recebem ensino sobre técnicas de reabilitação que contribuam para maior autonomia funcional, conforme adequado;
- O doente recebe ensino sobre outros recursos disponíveis e, sempre que necessário, sobre como obter outros cuidados, serviços ou tratamento, em função das suas necessidades;
- O ensino compreende informação sobre a quota-parte de responsabilidade do doente nos cuidados que lhe são prestados;
- O ensino compreende actividades de autonomia, conforme adequado.

No entanto, é difícil dissociar ensino de aprendizagem, pelo que o ensino é segundo Potter, P. e Perry, A. (2003), um processo de interação que fomenta a aprendizagem.

A aprendizagem é segundo Sequeira, C. (2006), um tipo de autoconhecimento, com características específicas e ainda é um processo de adquirir conhecimentos e/ou competências, através do estudo sistemático, instrução, prática, ou experiência.

Sequeira, C. (2006), faz referência a algumas intervenções que deverão estar sempre presentes por parte da equipa de enfermagem, estas são:

- Assistir o doente nas suas limitações;
- Avaliar as funções cognitivas;
- Identificar factores que limitem a aprendizagem;
- Treinar a aquisição de competências/capacidades cognitivas;
- Promover a aprendizagem;
- Promover o envolvimento familiar;
- Instruir família/cuidador sobre treino de capacidades;
- Planear rotinas;
- Encorajar a aprendizagem;
- Incentivar participação em actividades;
- Instruir prestadores de cuidados sobre doença e tratamento;
- Supervisionar a aprendizagem;
- Informar sobre recursos formais/informais.

Para facilitar a uniformidade do ensino é importante a existência de um protocolo no serviço, pois o deste modo é possível prestar um ensino uniformizado e que responda a todas as necessidades da cliente.

Essencialmente, é necessário que o cliente seja esclarecido de todas as suas dúvidas bem como a família/pessoa significativa ou cuidadores da pessoa. Deste modo, citando Dochterman, J. e Bulechek, G. (2008, p. 403) é fundamental “*estabelecer uma relação pessoal com o paciente e com os membros da família que se envolverão nos cuidados.*”.

É importante salientar que a relação estabelecida com a pessoa deverá ser terapêutica, uma vez que, esta consiste numa “...*série de interações planeadas...em conjunto com o cliente e sua família, com foco nas suas necessidades.*” e ainda tem como objectivo, “ *desenvolver o potencial e a capacidade do cliente, visando o crescimento para enfrentar os desafios...promoção...manutenção ou recuperação da sua saúde...e da sua reintegração social.*” (Stefanelli, M. e Fukuda, I. e Arantes, E., 2008, p.29)

1.2 Cancro da mama

Citando Silva e Jeneral e Duarte (2007, p.334), “... *as mamas são para a mulher o símbolo da feminilidade, por estarem relacionadas à maternidade sexualidade e erotismo...*”.

O cancro é uma palavra oriunda do latim, *cancrī*, que significa caranguejo, no sentido em que este se propaga no organismo em várias direcções, como as patas deste crustáceo (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Citando Marcelos (2002,p.82), “Quatro a cinco mulheres morrem por dia com cancro da mama em Portugal. Esta patologia é a segunda causa de morte entre a população feminina portuguesa, logo a seguir às doenças cardiovasculares.”

Segundo Otto S. (2000), o cancro da mama é uma das maiores preocupações da saúde pública em todo o mundo. É um dos tumores malignos mais frequentes, no sexo feminino, em quase toda a Europa, sendo a principal causa de morte nas mulheres entre os trinta e cinco e cinquenta e quatro anos de idade.

O cancro da mama, muitas vezes, apresenta-se como uma massa dura e irregular que, quando palpada, se diferencia do resto da mama, pela sua consistência.

Serrano e Pires (2004, p.33) referem que existem dois tipos de situação que podem levar a patologia da mama à intervenção cirúrgica, estas são classificadas como patologias benignas ou malignas. Nas benignas são focados, o Fibroadenoma, alterações fibroquísticas, o papiloma intra-ductal, a mastite e a doença da Paget da mama. Como patologias malignas é focado o carcinoma, que por sua vez é a patologia mais frequente.

Segundo Silva e Jeneral e Duarte (2007, p.335), os principais factores de risco para o aparecimento de cancro da mama são o aumento da idade, o baixo nível de escolaridade que por sua vez diminui a oportunidade de obtenção de informação relacionada com medidas preventivas, a influencia do histórico familiar, a exposição a radiações ionizantes antes dos 35 anos, menopausa tardia e ingestão regular de álcool, entre outros.

Nesta sequência, as diferentes classificações do cancro da mama, classificação o mesmo segundo o sistema TNM (Tumor, Nódulo e Metástase), que avalia a dimensão do tumor, o número de gânglios linfáticos regionais envolvidos e a evidência de metástases à distância. Esta classificação, em seguida apresentada, no quadro nº1, é fulcral para a determinação do tratamento mais adequado, bem como o estágio de desenvolvimento do respectivo cancro apresentada no quadro nº 2.

Quadro nº1 – Classificação do cancro da mama (TNM)

T- Tumor Primário	
Tx	O tumor primário não pode se avaliado
T0	Ausência de sinais de tumor
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> : carcinoma intra-ductal, carcinoma lobular ou doença da Paget do mamilo com nódulo
T1	Tumor de 2 cm ou menos
T2	Tumor maior que 2 cm, mas não ultrapassar os 5 cm
T3	Tumor maior que 5 cm
T4	Tumor de qualquer tamanho com extensão à parede torácica ou à pele
N- Gânglios Linfáticos Regionais	
Nx	Os gânglios linfáticos regionais não podem ser avaliados
N0	Não há metástases dos gânglios linfáticos regionais
N1	Metástases para gânglios linfáticos axilares ipsilaterais móveis
N2	Metástases para gânglios linfáticos axilares ipsilaterais fixados entre si ou a outras estruturas
N3	Metástases para gânglios linfáticos mamários internos ipsilaterais
M- Metástases à Distancia	
Mx	A presença de metástases à distância não pode ser avaliada
M0	Não há metástases à distância
M1	Metástases há distância, incluindo metástases para os gânglios linfáticos supra-claviculares ipsilaterais

Fonte: Adaptado de Phipps, Sands e Marek (2003, p.1796)

Quadro nº2 - Agrupamento dos estadios

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIa	T0	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Estadio IIIb	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
Estadio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Adaptado de Phipps, Sands e Marek (2003, p.1796)

Posto isto, Brunner et al. (2002), afirmam que o cancro da mama se subdivide em quatro estadios, sendo estes:

- Estádio I, no qual o tumor apresenta uma dimensão inferior a 2 cm de diâmetro e encontra-se confinado à mama;
- Estádio II, o tumor apresenta um diâmetro inferior a 5 cm ou apresenta envolvimento dos gânglios linfáticos axilares móveis;
- Estádio III, é englobado pelo estágio IIIa e IIIb. No estágio IIIa o tumor assume um diâmetro superior a 5 cm, com comprometimento ganglionar axilar fixo ou qualquer outro cancro da mama com comprometimento dos gânglios mamários internos ipsilaterais. O estágio IIIb, manifesta-se por lesões mais avançadas nos gânglios, fixação na pele ou parede torácica, ulcerações, edema ou comprometimento ganglionar supra ou intra-clavicular;
- Estádio IV, este estágio inclui todos os tumores que contenham metástases à distância.

1.2.1 Tipos de cirurgia à mama

A Cirurgia é o tratamento inicial mais comum e o principal tratamento local. O tumor da mama será removido, assim como os gânglios linfáticos da axila (esses gânglios filtram a linfa que flui da mama para outras partes do corpo e é através deles que o cancro pode alastrar-se).

Existem vários tipos de cirurgia para o cancro da mama, e eles são indicados de acordo com a fase evolutiva do tumor.

Segundo Serrano e Pires (2004, p.34), existem sete tipos de cirurgia que são a Tumorectomia, Quadrantectomia, mastectomia radical, mastectomia radical modificada, mastectomia total simples, excisão dos nódulos axilares de “*Halsted*” e a mastectomia radical de “*Halsted*”.

Assim:

- **Tumorectomia** é a excisão do nódulo ou tumor da mama.
- **Quadrantectomia** é a excisão do quadrante da mama afectado (nódulo e “*margem de segurança*”)
- **Mastectomia radical** consiste na remoção da mama, músculo peitoral e nódulos axilares linfáticos.
- **Mastectomia radical modificada** é a remoção da mama, nódulos axilares linfáticos, com conservação do músculo grande peitoral.
- **Mastectomia total simples** é a recessão apenas do tecido mamário, sem dissecação gânglios linfáticos.
- **Excisão dos nódulos axilares de “*Halsted*”** é efectuado para fazer o estadiamento da neoplasia e determinar a necessidade de quimioterapia no pós-operatório.
- **Mastectomia radical de “*Halsted*”** consta da excisão da mama, músculos peitorais, tecido adiposo adjacente, faixas musculares e adenopatias axilares, este é um procedimento raro de ser executado visto ser muito mutilante e deformante.

Segundo Serrano e Pires (2004, p.33) a mastectomia é o tipo de cirurgia que mais assusta as mulheres nos dias de hoje. A perda da mama gera, naturalmente,

sentimentos muito intensos relacionados com vários factores como perda da beleza física, a disseminação da doença e até mesmo a morte, situação que altera o bem-estar da cliente.

A mastectomia é, de acordo com Serrano e Pires (2004), realizada em *“qualquer situação que possa “ameaçar” e pôr em causa a estrutura/função e aparência do corpo de um individuo, constitui sempre uma séria ameaça ao seu bem estar físico/emocional, tendo este que rever concepção sobre o seu corpo já aceites anteriormente.* “ (p.35)

1.2.2 Tratamentos para além da cirurgia

Para além da cirurgia a cliente poderá recorrer à quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, consoante a recomendação médica ou a outro tipo de medicinas.

1.2.2.1 Quimioterapia – Efeitos colaterais

A Quimioterapia segundo Phipps, Sands e Marek (2003), é a utilização de drogas que agem na destruição das células malignas. Pode ser aplicada através de injeções intramusculares ou endovenosas ou por via oral.

Embora existam inúmeros medicamentos capazes de impedir ou diminuir os efeitos colaterais, a quimioterapia pode, de facto, causar de acordo com a Direcção Geral de Saúde, (DGS), (2003):

- Mal-estar geral, como enjoos, falta de forças, cansaço fácil, secura da boca, alteração do paladar, falta de apetite, diarreia, obstipação, alteração de cor e aumento da intensidade do cheiro da urina;

- Alteração menstrual, sendo mais frequente a falta de menstruação;

- Secura vaginal;

- Adormecimento dos braços e pernas e formigueiro nas mãos e nos pés;

- Queda de cabelo, que é um dos efeitos mais frequentes deste tratamento, pelo que muitas mulheres resolvem cortá-lo antes, para se adaptarem à nova imagem. No entanto, a queda de cabelo varia de pessoa para pessoa e é, geralmente, passageira, desaparecendo no final do tratamento.

1.2.2.2 Radioterapia – Efeitos colaterais

A Radioterapia consiste de acordo com Phipps, Sands e Marek (2003), na utilização de raios de alta energia que têm a capacidade de destruir as células cancerosas e impedir que elas se multipliquem. Da mesma forma que a cirurgia, a radioterapia é um tratamento local. A radiação pode ser externa ou interna.

No local do corpo onde está a ser aplicada a radioterapia pode surgir uma cor avermelhada ou acastanhada. Neste caso, a cliente deve ter cuidados particulares com a pele.

1.2.2.3 Hormonoterapia

A Hormonoterapia segundo DGS (2003), tem como finalidade impedir que as células malignas continuem a receber a hormona que estimula o seu crescimento.

Esse tratamento de acordo com a Phipps, Sands e Marek (2003), pode incluir o uso de drogas, que modificam a forma de actuar das hormonas, ou cirurgia, que remove os ovários - órgãos responsáveis pela produção dessas hormonas.

Da mesma maneira que a quimioterapia, a terapia hormonal actua nas células do corpo todo.

1.3 Internamento

1.3.1 Pré-operatório

De acordo com Serrano e Pires (2004, p.37), *“o enfermeiro deverá iniciar o ensino, o mais precocemente possível, de acordo com as condições físicas e emocionais da cliente.”*

Segundo Manley e Bellman (2003 p.49), *“Os enfermeiros valorizam a promoção da saúde e são capazes de desempenhar várias funções na promoção da saúde, mas são impedidos de o fazer por restrições várias do ambiente clínico hospitalar.”*

A prevenção é segundo Manley e Bellman (2003, p.59) a *“redução do risco de ocorrência de um processo de doença ... ou qualquer outro estado indesejável.”*

Posto isto, tem-se presente a importância da realização do ensino logo no período pré-operatório, e não apenas no pós-operatório.

É igualmente importante, de acordo com Manley e Bellman (2003, p.62) ter presente que as necessidades da cliente e o ensino devem estar adequados à mesma, e que o processo de ensino-aprendizagem é uma tentativa de ir de encontro às necessidades de aprendizagem dos clientes e família/pessoa significativa, aplicando eficazmente os princípios de aprendizagem e utilizando estratégias de ensino personalizadas e adequadas aos clientes.

1.3.1.1 Preparação da cliente, Ensino

Para além de toda a preparação geral, inerente a todas as cirurgias, segundo Serrano e Pires (2004, p.35) no período **pré-operatório** o enfermeiro deve:

- Avaliar o nível de ansiedade da doente, procurando esclarecer dúvidas e desmistificar medos em relação à cirurgia, avaliando o grau de esclarecimento e compreensão da doente, quanto ao procedimento cirúrgico a que vai ser submetida;
- Promover o planeamento precoce da alta, de modo a que, a cliente se torne o mais independente possível num período precoce.
- Ensino dos exercícios adequados a efectuar no pós-operatório com o braço operado;
- Informar a cliente sobre a existência de próteses mamárias, como deverão ser usadas e onde é possível adquiri-las. A prótese deverá ser o mais parecido possível com a mama da cliente, em tamanho e peso, não só pela questão estética, mas também pelas eventuais alterações da postura que pode provocar a ausência da mama;
- Informar a cliente sobre a existência de grupos de apoio existentes na comunidade ou em instituições de saúde;
- Alertar a cliente para a possibilidade da realização de cirurgia de reconstrução da mama, se a cliente assim o desejar.

1.3.2 Pós-operatório

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003), após cirurgia da mama, os cuidados pós-operatórios centram-se em proporcionar conforto físico, dar apoio na nutrição, prevenir complicações, e preparar a cliente para a alta e para os cuidados no domicílio. É necessário fornecer informações suficientes de modo a que a cliente fique a conhecer cada uma das intervenções e em que medida terá de participar, para que a transição do hospital para o domicílio seja bem sucedida.

Segundo Serrano e Pires (2004, p.35) no período **pós-operatório** o enfermeiro:

- Deve ser feita a vigilância do penso operatório pelo enfermeiro;
- Deve ser feita a vigilância das drenagens, caso estas estejam presentes, avaliando a quantidade de conteúdo drenado e as suas respectivas características;
- Alertar a cliente para o facto de o movimento do braço do lado operado ficar comprometido e ter que ser limitado no pós-operatório, especialmente quando é feita a excisão dos gânglios linfáticos ou nódulos axilares;
- Deve ser feito o ensino à cliente sobre movimentos a evitar ou chamados “proibidos” durante este período;
- Avaliar o estado emocional da cliente, tendo em vista o ensino e preparação para a alta hospitalar.

1.3.2.1 Cuidados com cicatriz cirúrgica

Os cuidados com a cicatriz cirúrgica para Phipps, Sands e Marek (2003), passam por:

- Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas;
- Lavar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão;

- Quando for necessário fazer penso, substituir o mesmo com técnica asséptica;
- Fazer ensino à cliente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infecção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta).

1.3.2.2 Ensino à cliente sobre o auto-cuidado à ferida operatória

De acordo com Serrano e Pires (2004, p.37) *“O enfermeiro deverá também incentivar a doente a observar a incisão da mama, de modo que possa despistar eventuais sinais de infecção, seroma (sobretudo na região axilar) e para que possa interiorizar a sua nova imagem corporal Pós-Mastectomia.”*

É um objectivo dos enfermeiros conseguir que a cliente preste cuidados à ferida operatória, antes de receber a carta de alta hospitalar.

1.3.3. Vestuário

O estilo de roupa que usamos no dia a dia pode, ou não, dizer muito de uma pessoa. Juízos de valor à parte, a roupa que vestimos, quando escolhida por nós sem restrições torna-nos mais confiantes e faz-nos sentir bem. A cliente não necessitará de alterar o seu estilo de roupa, e deverá ser incentivada a utilizar as mesmas roupas que utilizava anteriormente, em prol do seu bem-estar. No entanto segundo Phipps, Sands e Marek (2003), a cliente não deve usar roupas muito justas, principalmente no membro do flanco operado de modo a prevenir complicações, como é referido nos cuidados especiais e nas medidas preventivas do aparecimento de linfedema

1.3.4. Soutiens

Existem soutiens próprios para mulheres mastectomizadas, contendo uma “bolsa” para permitir colocar a prótese. Já há lojas que vendem roupas adequadas a

mulheres mastectomizadas, como, por exemplo, fatos de banho, cujo custo, quando são objecto de prescrição médica, é actualmente dedutível no IRS. De acordo com a DGS, (2003) os soutiens deveram ser mostrados (caso o serviço disponha dos recursos materiais), de modo a que, a cliente se possa familiarizar e compreenda que tipo de soutien deverá procurar após a alta.

1.3.5. Próteses

A prótese mamária externa é, para a maioria das mulheres, uma boa solução para manter o aspecto exterior habitual. Além disso, aumenta a autoconfiança, o que contribui para o seu processo de cura. Segundo Phipps, Sands e Marek (2003), esta prótese é imperceptível quando usada com um soutien de medida correcta. As próteses facilitam a adaptação à sua nova situação clínica, promovendo um maior conforto. Assim, é fundamental que as clientes tenham noção da existência das mesmas e de como os adquirir.

1.3.5.1 Quando colocar a prótese

A DGS (2003), afirma que, no primeiro mês após a intervenção cirúrgica, pode utilizar uma prótese tipo “pequena almofada” ou prótese sem peso, feita com algodão acrílico no interior e tecido de algodão no exterior. A prótese mamária final, normalmente feita de silicone, deve ser colocada quando o médico indicar. A cliente pode obter as próteses em farmácias e casas especializadas neste tipo de material.

1.3.5.2 Cuidados com a prótese

De acordo com a DGS (2003), a prótese inicial, de algodão, deve ser lavada à mão, com água tépida e sabão neutro, e posta a secar sem torcer. Antes da lavagem, o algodão tem de ser retirado. A prótese de silicone pode ser lavada da mesma maneira, seca e utilizada de novo. Quando não a utilizar, a cliente deverá guarda-la na caixa própria, de modo a conservar a sua forma e a evitar que objectos pontiagudos a danifiquem, pois não é possível repará-la.

Porem hoje em dia já existem próteses em silicone mais fáceis de manusear e cuidar. É fundamental que a cliente tenha noção de que a próteses deve ser limpa e mantida integra para bem da integridade cutânea da cliente.

1.3.6. Precauções especiais

Existem muitas precauções após a mastectomia que são muito importantes e devem ser tidas em conta. Assim, segundo Phipps, Sands e Marek (2003), temos:

- Certificar-se de que o braço afectado jamais é utilizado para avaliar pressão arterial, fazer injecções ou punções venosas;
- Não usar roupa apertada nem jóias, incluindo o relógio de pulso, no braço afectado;
- Não transportar pesos (carteira, embrulhos) no braço afectado;
- Usar luvas de borracha para lavar a louça;
- Usar o braço não afectado para tirar alguma coisa do forno quente ou usar luva própria;
- Usar dedal para coser. Em caso de picada, lavar e cobrir, conforme seja necessário;
- Ter cuidado ao cortar unhas e cutículas. Evitar usar tesoura para fazer;
- Usar loção ou creme para manter a pele macia e com elasticidade;

Quando executar actividades ao ar livre deverá:

- Usar luvas para a jardinagem;
- Evitar as queimaduras solares – usar vestuário de protecção ou pôr bastante protector solar;
- Usar repelente em zonas onde possa haver insectos;
- Tratar imediatamente cortes arranhões, lavando e aplicando protecção.

Entre os vários cuidados que a cliente deve ter, no que diz respeito aos membros situados no lado do local onde foi intervencionada, deverá ter **cuidados especiais com a protecção solar:**

- No primeiro ano após o tratamento, não deve apanhar sol nas áreas da intervenção cirúrgica e da irradiação;

- Durante a exposição ao sol deverá usar uma roupa leve, que pode ser de algodão;
- Deve evitar a exposição directa aos raios solares;
- Utilizar um protector solar com um índice adequado à sua pele;
- Não usar auto-bronzeadores.

1.3.7 Exercício físico

A prática de exercícios físicos após a cirurgia ajuda a restabelecer os movimentos e a recuperar a força no braço e no ombro. Auxilia, também, na diminuição da dor e da rigidez nas costas e no pescoço.

Os exercícios são cuidadosamente programados e devem ser iniciados logo que o médico permita, o que costuma ocorrer um ou dois dias após a operação. Inicialmente, os exercícios são suaves e podem ser feitos na cama.

Gradativamente, passam a ser mais activos e devem ser incorporados na rotina diária.

Assim, temos como exercícios de reabilitação os seguintes, Segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 1816)

Explicação do exercício apertar a bola:

1. Em pé, sentada ou deitada, segurar uma bola de borracha com a mão do lado operado. Com o braço flectido e a palma da mão virada para cima, levantar a mão acima do coração.
2. Apertar e aliviar a bola. Repetir.
3. Repetir o exercício as vezes que o médico indicar.
4. Se, se sentir desconfortável por manter o braço levantado, apoiá-lo em várias almofadas ou nas costas de uma cadeira.



Figura nº1- Exercício apertar a bola, segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 1814)

Explicação do exercício Movimento de roldana:

1. Fazer um nó em cada ponta da corda.
2. Fazer passar a corda por cima da porta, com o braço não operado.
3. Sentar-se com as pernas apoiadas em cada lado da porta e os pés bem assentes no chão.
4. Segurar as pontas da corda, uma em cada mão, com os nós entre os dedos médio e o anelar.
5. Levantar, lentamente, o braço do lado operado até sentir dor, puxando a corda para baixo com o braço do lado não-operado; manter o braço elevado junto à cabeça. Inverter o movimento para levantar o braço contra lateral. Descansar e repetir.



Figura nº2 - Exercício Movimento de roldana, segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 1814)

Explicação do exercício Subir as mãos pela parede:

1. De pé, colocar os dedos dos pés a cerca de 10 a 15 cm da parede.
2. Flectir os cotovelos e colocar os braços, do cotovelo ao pulso, contra a parede, ficando as mãos à altura dos olhos.

3. Fazer subir as mãos pela parede, paralelamente, até sentir repuxar a sutura ou dor. Marcar a altura a que as mãos chegaram para controlar os progressos.
4. Fazer descer as mãos à altura dos ombros. Aproximar os pés e o corpo da parede o máximo que conseguir.
5. Voltar à posição inicial. Descansar e repetir. (Encostar a cabeça à parede permite descansar um pouco).
6. Depois de conseguir o objectivo, empurrar os dedos contra a parede.



Figura nº 3 - Exercício Subir as mãos pela parede, segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 1814)

Explicação do exercício Movimento de Aproximação dos cotovelos:

1. Sentada ou em pé, esticar os braços à frente e entrelaçar os dedos das mãos.
2. Elevar os braços, lentamente, acima da cabeça, mantendo-os esticados. De início, poderá não conseguir, mas continue a tentar.
3. Flectir os cotovelos e levar as mãos atrás do pescoço com os dedos entrelaçados. Tentar empurrar os cotovelos para trás de modo a ficarem alinhados com os ombros.
4. Aproximar os cotovelos, até se tocarem, à altura do queixo. Pode descruzar os dedos para que os cotovelos se toquem;
5. Aproximar os cotovelos, até se tocarem, á altura do queixo. Pode descruzar os dedos para que os cotovelos se toquem. Aliviar e voltar à posição 3.
6. . Elevar os braços acima da cabeça, como na posição 2, com os braços esticados.
7. Baixar os braços à frente, voltando à posição inicial. Descansar e repetir.



Figura nº 4 - Aproximação dos cotovelos, segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 1814)

Explicação do exercício Tesoura:

1. Com os braços esticados, e as palmas das mãos viradas para baixo, elevá-los à altura dos ombros.
2. Cruzar uma mão por cima da outra (esquerda sobre a direita) mantendo os braços esticados. Descruzar e cruzar de novo.
3. Voltar à posição inicial.
4. Cruzar com a mão contra lateral por cima - direita sobre a esquerda. Descruzar e cruzar de novo. Voltar à posição inicial. Descansar e repetir;
5. Repetir este exercício, mas com as palmas das mãos viradas para cima, para trabalhar outros músculos (começar com este exercício pode revelar-se mais difícil devido à falta de apoio do braço esticado, pelo que será melhor começar com o exercício do Braço cruzado.)

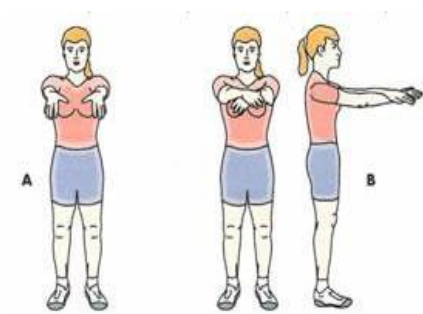


Figura nº 5 - Exercício Tesoura, segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 1815)

Explicação do exercício Desembainhar a espada:

1. Pôr a mão do lado não operado na anca. Fazer punho com a mão do lado operado. Pôr esta mão fechada no lado contra lateral da anca, com o polegar a tocá-la. Levantar o cotovelo lentamente.
 2. Elevar a mão, na diagonal, da anca até ao tórax, no lado contra lateral, mantendo os cotovelos flectidos
 3. Abrir a mão, com a palma virada para cima, à medida que estica o braço por cima da cabeça, mantendo-a na diagonal.
 4. Inverter os movimentos das posições 3, 2 e 1. Descansar e repetir.
- (Poderá ser preferível fazer este exercício com o braço do lado não operado, durante a primeira semana, e só depois com o braço do lado operado).

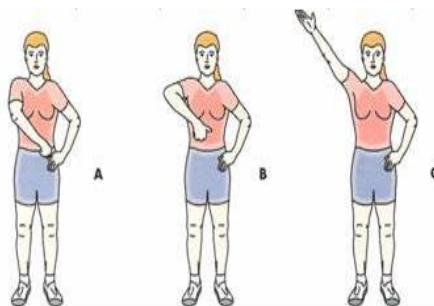


Figura nº 6 - Exercício Desembainhar a espada, segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 1815)

1.3.8. Prevenção do linfedema

Citando Serrano e Pires (2004), *“Linfedema é uma das complicações mais frequentes e mais importantes na cirurgia da mama.”* (p.35).

Segundo Otto, S. (2000), O risco de desenvolvimento de linfedema é potenciado pela dissecação completa dos nódulos linfáticos, terapêutica por radiação nas axilas, obesidade, mau estado nutricional, idades avançadas e infecção da ferida operatória. Pode ocorrer a qualquer momento no pós-operatório.

A causa do linfedema, segundo Otto, S. (2000), é a interrupção ou remoção dos canais e nódulos linfáticos após dissecação dos nódulos axilares ou terapêutica por radiação.

Para Serrano e Pires (2004), o linfedema caracteriza-se pelo aparecimento de edema do membro superior do lado onde a cliente foi submetida a cirurgia. Este pode surgir logo após a cirurgia como após alguns meses ou anos.

Relativamente à prevenção de linfedema, para Serrano e Pires (2004, p. 37) o enfermeiro deve alertar a cliente e informá-la dos seguintes cuidados a ter:

- Evitar o uso de mangas e punhos, anéis, relógios, pulseiras entre outros adornos que se encontrem apertados, promovendo assim a compressão do local;
- Evitar o suporte de pesos ou a realização de esforços com o membro do local operado;
- Aconselhar o uso de luvas de borracha para protecção quando a cliente realizar actividades potencialmente agressivas, tais como jardinagem ou limpezas;
- Evitar a colheita de sangue, injeções, vacinas ou avaliação de tensão arterial, no braço operado;
- Ter cuidado na realização do corte das unhas, evitando o corte das cutículas;
- Utilizar apenas máquina eléctrica ou creme depilatório para a extracção de pelos nas axilas;
- Alertar para a importância da protecção contra picadas de objectos aguçados, como por exemplo, agulhas. Utilizar protecção nos dedos se realizar algum tipo de actividade que acarrete com este risco, como por exemplo, costura;
- A cliente deve realizar auto-massagem diariamente e manter o braço a um nível mais alto, sempre que possível, de modo a promover o retorno venoso;
- O enfermeiro deverá realizar ensino no âmbito da realização de exercícios de reabilitação, no período pós-operatório, após a extracção de pontos dos locais suturados.

1.3.9. Alimentação

A cirurgia à mama, não apresenta na generalidade qualquer entravo para o aparelho digestivo, de modo que o ideal será que a cliente recorra a uma alimentação saudável que deve ser repartida em 5 ou 6 pequenas refeições por dia e passar por, de acordo com a DGS (2003):

- Comer cereais, legumes, verduras e frutas;

- Comer moderadamente carne e peixe;
- Reduzir o consumo de sal, açúcar e álcool;
- Evitar comer alimentos fumados e/ou que tenham muitas gorduras;
- Beber diariamente leite, muita água e sumos não açucarados;

Acima de tudo a cliente deverá executar uma dieta equilibrada. Deverá comer de tudo, até para sua auto-satisfação, mas em moderada quantidade, ou seja, deverá comer para viver e não viver para comer.

1.3.10. Sexualidade

Citando Meneses e Bruges (2006, p. 35), *“O facto de não ter uma mama, não significa alteração no modo de funcionamento sexual, mas pode alterar a sensação da mulher sobre a sexualidade.”*

Na maioria das situações segundo Meneses e Bruges (2006, p.35), a mulher após mastectomia tem a ideia de perda de alguma atracção sexual visto que as mamas são um símbolo de algum erotismo a nível social. O medo da repugnância ou rejeição sentida pelo marido/companheiro devido à perda da mama ou pela cicatriz cirúrgica pouco estética é um dos principais motivos destes sentimentos.

Segundo os mesmos autores, os enfermeiros podem e devem, sempre que a relação com a cliente o permita, iniciar a abordagem desta temática, ajudando a cliente a verbalizar os seus sentimentos, receios e preocupações em relação ao marido/companheiro e posteriormente promovendo o dialogo entre ambos.

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003), a auto-imagem condiciona a satisfação conjugal. Ora, a experiência de um cancro da mama pode deixar marcas visíveis (temporárias ou permanentes), que vão desde a perda de cabelo e alterações no peso até às cicatrizes da cirurgia e remoção da mama. Algumas mulheres pura e simplesmente evitam qualquer tipo de exposição do seu corpo perante o cônjuge – deitam-se sistematicamente mais cedo para que o marido não as veja enquanto tiram a roupa ou cobrem-se totalmente. Outras optam por esconder determinadas partes do corpo. De um modo geral, assumem que o companheiro sentirá repulsa pelo seu corpo. Mas os estudos com esta população mostram que a partilha destes medos e fragilidades acarreta mais vantagens do que desvantagens. Quanto mais honesto for o diálogo sobre estas

inseguranças, maior será a probabilidade de o marido ser capaz de ir ao encontro das necessidades da mulher.

Quando o casal não é capaz de falar sobre estas matérias, vale a pena considerar a hipótese de se recorrer à ajuda psicológica.

1.3.11. Trabalho

Após a alta do hospital, a cliente pode e deve retomar a vida normal. Deverá ser incentivada a organizar e adaptar as tarefas diárias à sua nova situação. A DGS (2003) recomenda que a cliente deve começar por tarefas simples e eliminar esforços físicos. Deverá pedir ajuda para os trabalhos que não pode ainda fazer, e é aqui que a família ou pessoa significativa também se deve mostrar presente, apoiando a cliente em tudo o que for necessário.

1.3.12. Apoios legais/contactos

Após a intervenção cirúrgica, o cliente tem direito a diversos benefícios sociais, nomeadamente, nas áreas da saúde, segurança social, trabalho e impostos. Este deve ser informado sobre os benefícios de que pode usufruir no centro de saúde, no hospital ou junto da assistente social da sua área de residência.

Como contactos, segundo a DGS (2003), o cliente pode recorrer ao *Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência* (Horário de atendimento: 10.00 - 12.30 h - Telefone 217 959 545, das 14.00 - 17.00 h), à *Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama*, que é uma organização sem fins lucrativos para apoio e informação a pessoas com patologia mamária, familiares e amigos. Disponibiliza atendimento e actividades terapêuticas e lúdicas. (Telefone: 217 585 648) e à *Liga Portuguesa Contra o Cancro*, que é uma associação cultural e de serviço social de utilidade pública, fundada em 1941. Exerce as suas actividades através de 5 Núcleos Regionais: Norte, Centro, Sul, Açores e Madeira.

Desenvolve actividades em regime de voluntariado, no âmbito da investigação, sensibilização e informação sobre prevenção do cancro e apoio social ao doente e

familiares, nomeadamente, na intervenção para a humanização da assistência. Além de apoio emocional, a Liga ajuda na aquisição de medicamentos, próteses, transportes e na satisfação de outras necessidades. (Telefones: 225 492 423/ 225 405 045.).

1.4 Família/pessoa significativa

Segundo Hanson (2005), a família é o segundo elemento do quadrângulo terapêutico. A flexibilidade, a coesão, a estrutura, a origem cultural, a experiência prévia com a doença entre outras aptidões, são algumas das qualidades que influenciam as relações da família com os outros elementos do quadrângulo terapêutico, nomeadamente, Doente, família, equipa de saúde e doença.

A doença crónica impõe um conjunto de preocupações às famílias. A doença crónica é vista como “ *a presença irreversível, a acumulação ou latência de estados de doença ou de deficiência, que envolvem todo o ambiente humano na prestação de cuidados de apoio e auto-cuidados, na manutenção da função e na prevenção de mais incapacidade*”, Lubkin, (1986, p. 6), citado por Hanson (2005). Segundo Steinglass, (1992) citado por Hanson (2005), a família deve organizar-se em torno da situação crónica ou de deficiência do cliente. Para tal a família/pessoa significativa deve estar devidamente enquadrada na situação médico-cirúrgica do seu familiar em questão.

Segundo Hanson, (2005), a família e o doente, deparam-se com vários desafios sociais e psicológicos durante o percurso da doença crónica. Desafios como:

- Prevenir crises clínicas e tratá-las no momento em que ocorrem;
- Controlar e despistar sintomas;
- Seguir os regimes prescritos;
- Adaptar-se às mudanças ao longo do percurso da doença;
- Normalizar interacções com outros e arranjar capital necessário para pagar os tratamentos ou para sobreviver, apesar da perda parcial ou total do emprego;
- Confrontar os consequentes problemas psicossociais, conjugais e familiares.

Posto isto, assume-se que é de facto muito importante enquadrar a família/pessoa significativa em toda a situação médico-cirúrgica e respectiva reabilitação.

2. Decisões metodológicas

A fase metodológica consta da explicação dos métodos utilizados que visam o modo como o fenómeno em estudo será abordado, num plano de trabalho, que ordenará as actividades que levam à realização da investigação. (Fortin, 2000)

É uma fase muito importante, tanto para o investigador como para os leitores, pois serve de orientação para a elaboração do estudo, minorando assim os possíveis desvios no decurso da realização do presente trabalho.

Segundo Fortin, (2003), o desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, de modo a obter respostas válidas para as questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas.

Nesta fase são seleccionados os elementos do desenho de investigação mais adequados para dar resposta à questão de investigação anteriormente formulada, na qual são definidos:

- Meio;
- Paradigma e tipo de estudo;
- População;
- Variáveis;
- Instrumento de colheita de dados;
- Previsão do tratamento dos dados;
- Considerações éticas.

2.1 Meio

O presente estudo, foi realizado na unidade de cirurgia do Hospital do distrito de Lisboa – Centro Hospitalar de Lisboa Centro, nomeadamente Hospital de Santo António dos Capuchos, serviço de cirurgia 6.

2.2 Paradigma e tipo de estudo

Tendo em conta o objectivo deste estudo, optei pela realização de um estudo de abordagem quantitativa, estudo descritivo simples.

Segundo Fortin, (2003, p.22) o método de investigação quantitativo é “... *um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis.*”

Neste tipo de paradigma, segundo o mesmo autor, o investigador elege um processo ordenado, que o encaminha e leva a percorrer determinadas etapas, começando na definição do problema até à obtenção de resultados.

Para Fortin, (2003, p.22) este método de estudo, “... *tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.*”

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), o paradigma quantitativo envolve, como foi dito anteriormente, a colecta sistemática de informação numérica, na generalidade mediante condições muito controladas e procede à análise da informação colhida através da utilização de procedimentos estatísticos.

O estudo descritivo simples, é, segundo Fortin (2009), um estudo que implica a descrição pormenorizada de um conceito referente a uma determinada população de modo a estabelecer as particularidades ou características da totalidade ou de uma parte dessa mesma população. Citando Fortin, (2009, p.237) “*O estudo comporta o reconhecimento do fenómeno a estudar, a determinação do ou dos conceitos que se reportam a este fenómeno e a elaboração de definições conceptuais e operacionais das variáveis, que não imprimem uma perspectiva ao estudo, como também permitem ligar os conceitos e as descrições que lhe são dadas.*”

2.3 População

A população segundo Fortin, (2003, p.202), é “...uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios...”.

A população que eu pretendo estudar não é muito vasta, daí, que se torna desadequado seleccionar uma amostra. Trata-se de uma população com menos de quarenta indivíduos, e tendo em conta que é possível, alguns membros da população, não aderirem ao estudo, é necessário estudar o todo, de modo a ser possível a obtenção de dados suficientes que permitam a fiabilidade do estudo.

Assim, a população são os enfermeiros do Hospital Santo António dos Capuchos do serviço de cirurgia 6, que prestam cuidados, às clientes submetidas a Mastectomia radical, internadas no serviço de cirurgia, excepto a enfermeira chefe, e que aceitaram colaborar e participar no estudo.

2.4 Variáveis

De acordo com Fortin, (2000, p.36) “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas, ou situações que são estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores”. Reforçando ainda a definição deste conceito tão importante, pode se acrescentar que segundo Fortin (2009, p.171), variáveis são “...as unidades de base da investigação.”, são, de igual modo, “características de pessoas...susceptíveis de mudar ou variar no tempo.”. por fim, as variáveis adquirem distintos valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados, sendo estes por exemplo, numéricos, por scores ou graus numa escala de medida.

As variáveis estão presentes em todos os trabalhos de investigação de paradigma quantitativo, uma vez que são a forma de significar as mesmas em conceitos mensuráveis. Estas podem ser classificadas de diferentes maneiras, sendo as mais frequentemente utilizadas em trabalhos de investigação, as independentes, as dependentes, as de atributo e as estranhas.

Assim neste trabalho irei utilizar dois tipos de variáveis, as de atributo e a de investigação, com as respectivas dimensões e indicadores.

Variáveis de Atributo:

Segundo Fortin, (2000, p. 37) variáveis de atributo indicam “... *as características dos sujeitos num estudo, que serve para descrever uma amostra*”. São também, segundo Fortin, (2009, p. 172) características pré-existent, dos sujeitos participantes no estudo, sendo estas de carácter demográfico, com o intuito de dar a conhecer o perfil demográfico das características da amostra ou população em estudo. As consideradas para este trabalho foram:

- Idade;
- Sexo;
- Estado civil;
- Habilitações académicas;
- Categoria profissional;
- Tempo de exercício profissional;
- Tempo de exercício na unidade de cirurgia;
- Formação específica na área de oncologia;
- Formação específica na área do cancro da mama.

Variável de investigação:

Segundo Fortin, (2009, p.171) as variáveis de investigação são “qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas.”.

Sendo assim, considereei como variável de investigação:

- O ensino que é prestado pelos enfermeiros, às clientes submetidas a Mastectomia radical, durante o internamento.

Assim foram utilizados os seguintes indicadores, que por sua vez iram facilitar a medição da variável de investigação e seguidamente as variáveis que puderam ter relação com a variável de investigação, promovendo assim o estudo da mesma.

Quadro nº 3 - Indicadores da dimensão período pré-operatório

Dimensão	Indicadores
Pré-operatório:	Preparação para a alta: início do planeamento
	Promoção da auto-imagem: cirurgia reconstrutiva e próteses mamárias
	Ensino: grupos de apoio na comunidade
	Cuidados: Inserção da Família/pessoa significativa

Quadro nº 4 - Indicadores da dimensão período pós-operatório

Dimensão	Indicadores
Pós-operatório	Ensino: Movimentos “Proibidos”
	Auto-cuidado à sutura e zona circundante
	Ensino: Cuidados apropriados à sutura operatória
	Cuidados: Inserção da Família/pessoa significativa

Quadro nº 5 - Indicadores da dimensão referente á preparação para a alta

Dimensão	Indicadores
Preparação para a alta	Promoção da auto-imagem: próteses mamárias e materiais especiais – soutiens especiais
	Ensino sobre: Vestuário adequado; alimentação adequada; precauções; exercícios de reabilitação;
	Auto-imagem: sexualidade
	Cuidados: Inserção da Família/pessoa significativa

2.5 Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin, (2000, p.365), a recolha de dados é um “... *processo de observação, de medida e de cognição de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam...*”.

Como instrumento de recolha de dados selecionei o questionário, pois é o método mais indicado para o estudo utilizado nesta investigação. “*É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis*”. (Fortin, 2000, p. 249)

Assim, o questionário é para Fortin, (2000, p. 249), é um método de colheita de dados que implica a obtenção de respostas escritas por parte dos sujeitos, é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência. Este pode ser enviado ou reenviado de retorno pelo correio ou entregue em mão.

O questionário permite, segundo o mesmo autor “... *organizar, normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.*”

Foi aplicado um pré-teste que segundo Fortin (2000), é uma medida aplicada nos sujeitos antes do tratamento experimental. Também, funciona como ensaio de um instrumento de medida antes da sua utilização em maior escala. Permite ainda corrigir e modificar o questionário, resolver problemas previstos e verificar a redacção e a ordem das questões.

De acordo com Moreira, C. (2007, p. 248) “...*o questionário deve ser testado antes da sua aplicação definitiva. Para tal, selecciona-se uma pequena amostra de indivíduos com características idênticas à população do estudo.*”

Através do pré-teste foi possível obter a validação do instrumento de recolha de dados, neste caso do questionário. Assim, visto que a população alvo assume uma pequena dimensão o pré-teste foi aplicado a cinco enfermeiros, num outro serviço do mesmo Hospital, serviço este que assume características idênticas ao serviço onde é

pretendida a aplicação do estudo. Trata-se de um serviço de cirurgia, serviço 6, do Hospital Santo António dos Capuchos.

Assim, para este estudo foi realizado um questionário com 28 questões (apêndice II), contendo perguntas fechadas e de resposta curta. O questionário tem como início perguntas destinadas a caracterização da população em estudo. De seguida são abordadas três dimensões diferentes, nomeadamente, período pré-operatório, período pós-operatório e por fim, preparação para a alta.

2.6 Previsão do tratamento dos dados

Segundo Ghiglione, R. et al. (1992, p.231) o tratamento dos dados, "...procura precisamente apreender um conjunto de dados complexos na sua totalidade e fazê-lo sem colocar hipóteses de partida."

Assim o tratamento dos dados recolhidos irá ser realizado manualmente e através de um programa informático, nomeadamente o SPSS e Microsoft Excel 2007, que realiza tratamento estatístico dos dados, formula tabelas e gráficos, que facilitam o estudo dos resultados para o investigador e para o leitor do relatório de estudo.

2.7 Considerações éticas

Qualquer investigação no âmbito de enfermagem é efectuada junto de seres humanos, podendo assim levantar questões morais e éticas, onde se deve ter como primordial preocupação assegurar os direitos humanos e acima de tudo não causar dano.

Uma vez que, a investigação aplicada a seres humanos, pode por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, assim, Fortin (2003) refere ser importante tomar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades dos sujeitos que participam nas investigações. Deste modo, os códigos de ética determinaram cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos. São eles, o direito à

autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e equitativo.

Assim, relativamente ao direito á autodeterminação, é segundo Fortin, (2003, p.116), um direito que se baseia no respeito pelas pessoas segundo o qual “...a pessoa é capaz de decidir por ela própria...o potencial sujeito tem direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.”, assim os sujeitos são convidados a participar de livre e espontânea vontade no estudo, sem ocorrência de nenhum tipo de coacção técnica ou psicológica.

Segundo o artigo 9.º do código de Nuremberga, citado por Fortin, (2003, p.116), “...o sujeito deve ser informado do seu direito de se retirar a qualquer momento do estudo no qual consentiu previamente.”

O direito á intimidade, consiste segundo Fortin, (2003, p. 117), na preservação da intimidade do outro, no respeito pela liberdade da pessoa de poder decidir sobre a extensão da informação a dar quando participa numa investigação e a estabelecer em que medida aceita a partilha de informação íntima e privada. Por sua vez, para Fortin, (2003, p.117), o investigador “...empenha-se em proteger o anonimato da pessoa ao longo de todo o estudo, o que compreende igualmente a etapa de divulgação dos resultados.”.

Direito ao anonimato e à confidencialidade é, segundo Fortin, (2003, p.117), respeitado quando a identidade do participante não é associada às respostas individuais mesmo pelo próprio investigador. É fulcral que na apresentação dos dados nenhum dos participantes seja reconhecido nem pelo próprio investigador nem por um leitor do relatório de investigação.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo é um direito baseado no princípio do “*benefício*”, uma vez que segundo Fortin, (2003, p. 118), “...corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.”.

Por fim, mas não menos importante, o direito a um tratamento justo e equitativo, durante e após a realização do estudo. Este direito funda-se no direito do participante a ser, segundo Fortin, (2003, p.119), informado sobre “...a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada a participação da pessoa, assim como os

métodos utilizados no estudo.”. Este direito segundo o mesmo autor, recomenda a ausência de prejuízo para os participantes que desistam no decurso do estudo, assim como o acesso à informação relativa à sua participação no projecto de investigação em qualquer momento.

Em suma todos os participantes têm direitos as estes pontos. Este respeito ira ser tido em conta durante a elaboração do estudo. O respeito pelo outro estará presente do início ao fim da realização deste trabalho de investigação.

3. Apresentação e análise dos Resultados

“A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis.” (Fortin, 2003, p. 277)

Neste capítulo é apresentada a análise dos resultados. Para tal recorri à utilização de quadros e de gráficos, que demonstrem os dados, colhidos, estatisticamente. Segundo Fortin, (2003), a estatística permite, através da utilização da estatística descritiva resumir a informação numérica de um modo estruturado, com o intuito de ser possível a obtenção de uma imagem geral das variáveis medidas.

Para Murteira, B. (1993), o principal objectivo da análise estatística consiste em determinar que generalizações podem fazer-se a partir da amostra ou população à qual se aplica um determinado estudo.

Dentro deste capítulo, encontram-se quatro subcapítulos referentes à Caracterização da População em Estudo, Período Pré-Operatório, Período Pós-Operatório e por fim Preparação Para a Alta.

A representação gráfica dos dados estatísticos obtidos tem por intuito dar uma representação visual dos resultados obtidos. Para que tal seja conseguido, quando se constrói um gráfico deverá ter-se em conta os seguintes elementos: simplicidade, clareza e veracidade. (Reis, 2008), em prol de uma melhor compreensão da informação que se pretende dar a conhecer.

Para a representação gráfica, a autora optou pelos gráficos de barras, pois estes permitem, segundo Reis (2008), fazer a comparação simultânea de duas ou mais variáveis. E seleccionaram os gráficos de sectores, dado que estes, segundo o mesmo autor, são utilizados quando se pretende comparar cada parte com o total.

Segundo Fortin (2009), o diagrama de barras e o de sectores são utilizados para representar graficamente os dados discretos, ou seja, para os dados nominais e ordinais.

Também é utilizado o histograma pois este é uma representação gráfica de efectivos agrupados por classes. (Fortin, 2009)

3.1 Caracterização dos sujeitos

3.1.1 Idade dos sujeitos

Relativamente ao quadro nº6 e gráfico nº1, referentes à idade dos participantes verifica-se que com 14,3% correspondentes a quatro sujeitos que se encontram nas respectivas idades: 25 e 30 anos.

Com 10,7%, correspondentes a três sujeitos, relativos a 23 anos. Com 7,1% a que correspondem dois sujeitos, encontram-se cada uma das seguintes idades 26, 41, 43 e 50 anos e, por último, existem, 3,6 %, correspondentes a um sujeito, em cada uma das seguintes idades: 24, 27, 28, 31, 34, 36, 37, 42 e 46 anos.

Esta distribuição apresenta uma média de 32,6 a Moda é bimodal corresponde a 30 e 25 anos de idade. Como valor Mínimo, 23 anos e como valor Máximo, 50 anos de idade.

Quadro nº 6- Distribuição da amostra relativamente à idade dos participantes.

	Idade		
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
23	3	10,7%	10,7%
24	1	3,6%	14,3%
25	4	14,3%	28,6%
26	2	7,1%	35,7%
27	1	3,6%	39,3%
28	1	3,6%	42,9%
30	4	14,3%	57,1%
31	1	3,6%	60,7%
34	1	3,6%	64,3%
36	1	3,6%	67,9%
37	1	3,6%	71,4%
41	2	7,1%	78,6%
42	1	3,6%	82,1%
43	2	7,1%	89,3%
46	1	3,6%	92,9%
50	2	7,1%	100,0%
Total	28	100,0%	

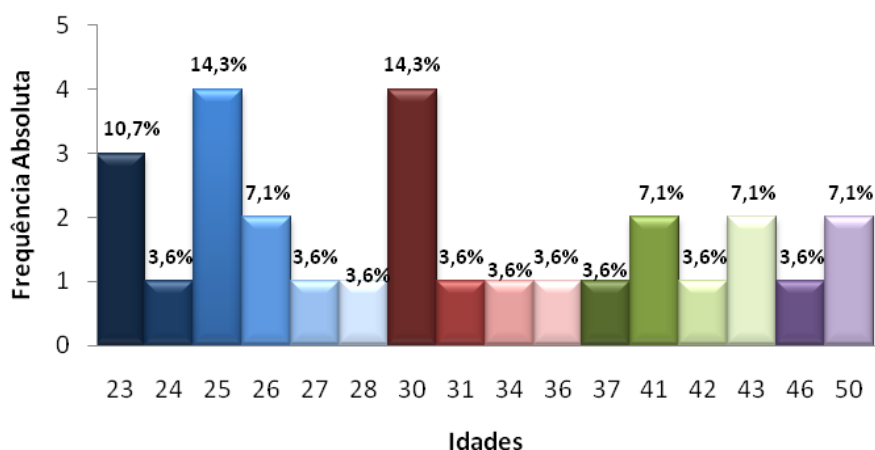


Gráfico nº 1 – Distribuição da amostra relativamente às idades dos participantes.

3.1.2 Género dos sujeitos

Relativamente ao quadro nº7 e gráfico nº2, referentes ao género dos participantes verifica-se que existem 89,3% (25 enfermeiras) do sexo feminino e 10,7% (três enfermeiros) do sexo masculino.

Quadro nº 7- Distribuição da amostra relativamente ao género dos participantes.

	Sexo		
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Masculino	3	10,7%	10,7%
Feminino	25	89,3%	100,0%
Total	28	100,0%	

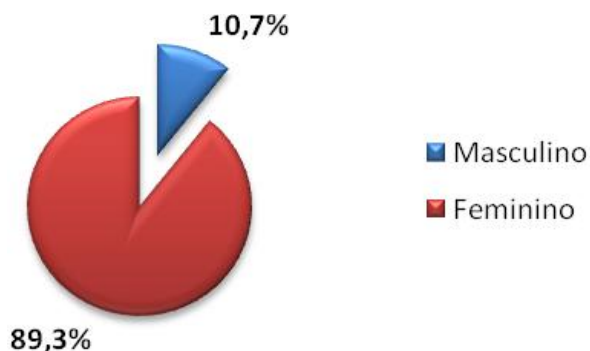


Gráfico nº 2 – Distribuição da amostra relativamente ao género dos participantes.

3.1.3 Estado civil dos sujeitos

Relativamente ao quadro nº8 e gráfico nº3, referentes ao Estado Civil dos participantes verifica-se que 67,9% (19 enfermeiros) são solteiros, 21,4% (seis enfermeiros) são casados, 10,7% (três enfermeiros) são divorciados e nenhum é viúvo.

Quadro nº 8- Distribuição da amostra relativamente ao Estado Civil dos participantes.

Estado Civil			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Solteiro	19	67,9%	67,9%
Casado	6	21,4%	89,3%
Divorciado	3	10,7%	100,0%
Viúvo	0	0,0%	
Total	28	100,0%	

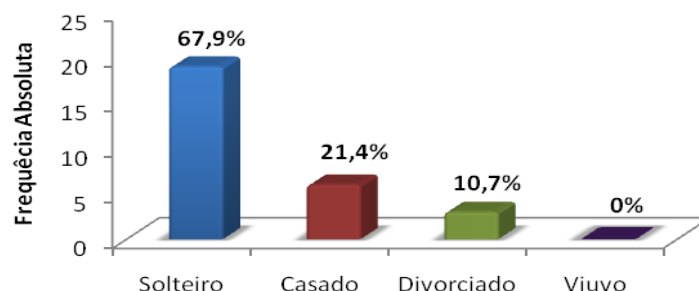


Gráfico nº 3 – Distribuição da amostra relativamente ao estado civil dos participantes.

3.1.4 Habilitações Académicas dos sujeitos

Relativamente ao quadro nº9 e gráfico nº4, referentes às Habilitações Académicas dos participantes verifica-se que 21,4% (seis enfermeiros) têm Bacharelato, 78,6% (22 enfermeiros) são licenciados e nenhum tem grau de mestrado.

Quadro nº 9- Distribuição da amostra relativamente às Habilitações Académicas dos participantes.

Habilitações académicas			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Bacharelato	6	21,4%	21,4%
Licenciatura	22	78,6%	100,0%
Mestrado	0	0,0%	
Total	28	100,0%	

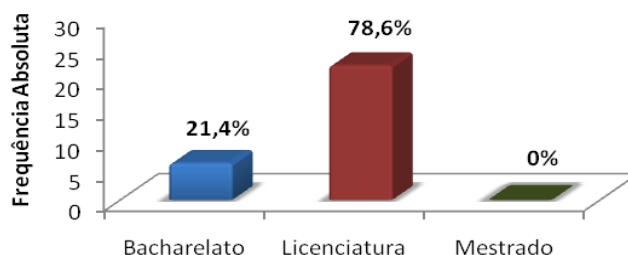


Gráfico nº 4 – Distribuição da amostra relativamente às habilitações académicas dos participantes.

3.1.5 Categoria Profissional dos sujeitos

Relativamente ao quadro nº10 e gráfico nº5, referentes à categoria profissional dos participantes verifica-se que 53,6% (15 enfermeiros) têm categoria profissional de Enfermeiro 46,4% (13 enfermeiros) têm categoria profissional de Enfermeiro Graduado e nenhum tem categoria profissional de enfermeiro especialista.

	Categoria Profissional		
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Enfermeiro/a	15	53,6%	53,6%
Enfermeiro/a Graduado/a	13	46,4%	100,0%
Enfermeiro/a Especialista	0	0,0%	
Total	28	100,0%	

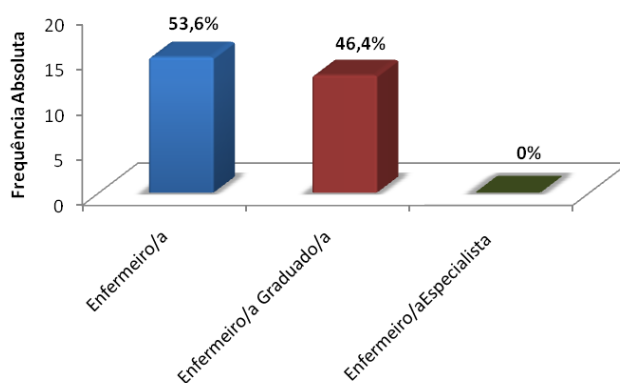


Gráfico nº 5 – Distribuição da amostra relativamente à categoria profissional dos participantes.

3.1.6 Anos de Exercício Profissional

Relativamente ao quadro nº11 e gráfico nº6, referentes aos anos de exercício profissional dos participantes, observa-se que, 14,3% dos sujeitos, (quatro sujeitos), referem ter um ano de exercício profissional, 17,9% dos sujeitos, (cinco sujeitos), mencionam ter dois anos de exercício profissional, 10,7% dos sujeitos, (três sujeitos), referem ter três ou 14 anos de exercício na profissão de enfermagem, 7,1% dos sujeitos, (dois sujeitos), referem ter 18 anos de exercício profissional e com 3,6%, correspondentes a um sujeito temos compreendidos os seguintes anos de exercício profissional: 4, 6, 7, 8, 9, 12, 16, 20, 23, 27 e 28 anos.

A média de anos de exercício da profissão é 9,32. A moda é unimodal correspondente a 2 anos de exercício profissional. O mínimo desta distribuição é 1 ano e o máximo é 28 anos.

Quadro nº 11 – Distribuição da amostra relativamente aos anos de exercício profissional.

Anos de exercício profissional			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
1	4	14,3%	14,3%
2	5	17,9%	32,1%
3	3	10,7%	42,9%
4	1	3,6%	46,4%
6	1	3,6%	50,0%
7	1	3,6%	53,6%
8	1	3,6%	57,1%
9	1	3,6%	60,7%
12	1	3,6%	64,3%
14	3	10,7%	75,0%
16	1	3,6%	78,6%
18	2	7,1%	85,7%
20	1	3,6%	89,3%
23	1	3,6%	92,9%
27	1	3,6%	96,4%
28	1	3,6%	100,0%
Total	28	100,0%	

Licenciatura em enfermagem
Mastectomia Radical: O Ensino Prestado pelos Enfermeiros, às Clientes, Internadas num Serviço de Cirurgia

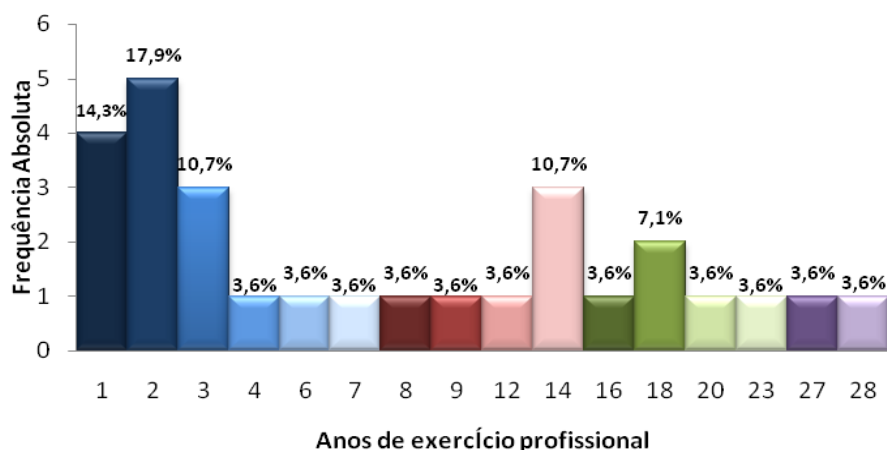


Gráfico nº 6 – Distribuição da amostra relativamente aos anos de exercício profissional.

3.1.7 Anos de Exercício Profissional na Área de Cirurgia

Relativamente ao quadro nº 12 e gráfico nº7, referentes ao tempo de exercício profissional (em anos) na área de cirurgia, observamos que 3,6 %, correspondentes a um sujeito assumem os seguintes anos de exercício profissional na área de cirurgia: 9, 12, 16, 17, 18, 22, 24 anos. Com 7,1% a que correspondem dois sujeitos, atribuem-se os seguintes anos de exercício profissional na área de cirurgia: 3, 4 e 7 anos. Com 14,3%, correspondentes a quatro sujeitos referem ter cinco anos de exercício profissional nesta área. Com 17,9%, correspondentes a cinco sujeitos referem ter dois anos de exercício profissional nesta área. Por último, com 21,4%, correspondentes a 6 sujeitos referem ter um ano de exercício profissional na área de cirurgia.

Quadro nº 12 – Distribuição da amostra relativamente ao tempo de exercício profissional (em anos) na área de cirurgia.

Anos de exercício profissional na área de cirurgia			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
1	6	21,4%	21,4%
2	5	17,9%	39,3%
3	2	7,1%	46,4%
4	2	7,1%	53,6%
5	4	14,3%	67,9%
7	2	7,1%	75,0%
9	1	3,6%	78,6%
12	1	3,6%	82,1%
16	1	3,6%	85,7%
17	1	3,6%	89,3%
18	1	3,6%	92,9%
22	1	3,6%	96,4%
24	1	3,6%	100,0%
Total	28	100,0%	

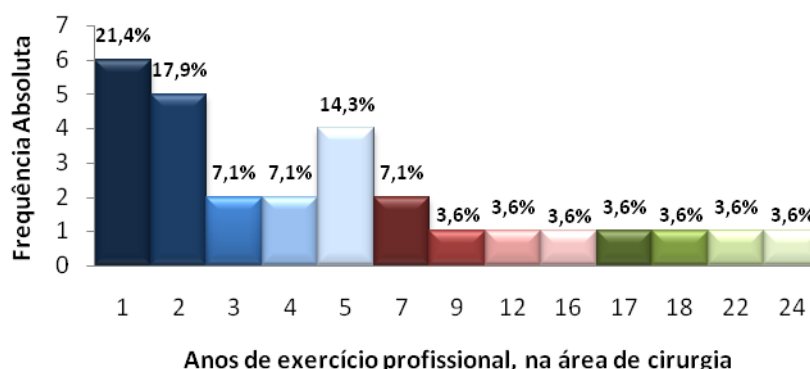


Gráfico nº 7 – Distribuição da amostra relativamente ao tempo de exercício profissional (em anos) na área de cirurgia.

3.1.8 Formação Específica em Oncologia

Relativamente ao quadro nº13 e gráfico nº8, referentes à formação específica em Oncologia, 17,9% (cinco sujeitos) referem ter formação na área de oncologia e 82,1% (23 sujeitos) referem não ter formação na área de oncologia.

Quadro nº 13 – Distribuição da amostra relativamente à formação específica em Oncologia.

Formação específica em Oncologia			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	5	17,9%	17,9%
Não	23	82,1%	100,0%
Total	28	100,0%	



Gráfico nº 8 – Distribuição da amostra relativamente à formação específica em Oncologia.

3.1.9 Formação Específica Sobre Cancro da Mama

Relativamente ao quadro nº14 e gráfico nº9, referentes à formação específica sobre o Cancro da Mama, 7,1% (dois sujeitos) apresentam formação específica sobre Cancro da Mama e os restantes 92,9% (26 sujeitos) não apresentavam formação nesta área específica.

Quadro nº 14 – Distribuição da amostra relativamente à formação específica sobre o Cancro da Mama.

Formação específica sobre Cancro da Mama			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	2	7,1%	7,1%
Não	26	92,9%	100,0%
Total	28	100,0%	

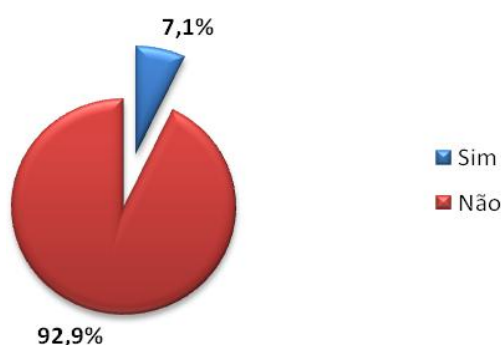


Gráfico n° 9 – Distribuição da amostra relativamente à formação específica sobre o Cancro da Mama.

3.2 Período Pré-Operatório

3.2.1 Preparação para a alta: início do planeamento

No que concerne ao início do planeamento da alta das clientes no período Pós-Operatório, presentes na quadro n° 15 e gráfico n°10, 57,1% (16 sujeitos) referem fazê-lo, enquanto que 14,3% (quatro sujeitos) não o fazem e 28,6% (oito sujeitos) referem faze-lo às vezes.

Quadro n° 15 – Distribuição da amostra relativamente ao início do planeamento da alta das clientes no período Pré-Operatório.

Inicia o planeamento da alta das clientes no período Pré-Operatório			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	16	57,1%	57,1%
Não	4	14,3%	71,4%
Às vezes	8	28,6%	100,0%
Total	28	100,0%	

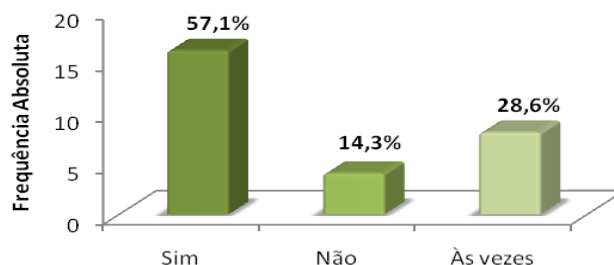


Gráfico n° 10 – Distribuição da amostra relativamente ao início do planeamento da alta das clientes no período Pré-Operatório.

3.2.2 Promoção da auto-imagem: cirurgia reconstrutiva

Relativamente ao quadro nº16 e gráfico nº11, referentes à referenciação realizada à cliente sobre a possibilidade da realização de uma cirurgia de reconstrução da mama, ou das mamas, após intervenção, 71,4% (20 enfermeiros) fazem referência a esta possibilidade, 10,7% (três enfermeiros) não fazem referência e 17,9% (cinco enfermeiros) fazem às vezes.

Quadro nº 16 – Distribuição da amostra relativamente à referenciação realizada à cliente sobre a possibilidade da realização de uma cirurgia de reconstrução da mama, ou das mamas, após intervenção.

Faz referência à cliente, sobre a possibilidade da realização de uma cirurgia de reconstrução da mama, ou das mamas, após intervenção			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	20	71,4%	71,4%
Não	3	10,7%	82,1%
Às vezes	5	17,9%	100,0%
Total	28	100,0%	

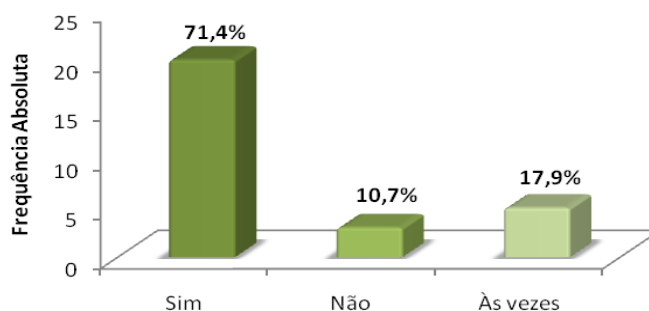


Gráfico nº 11 – Distribuição da amostra relativamente à referenciação realizada à cliente sobre a possibilidade da realização de uma cirurgia de reconstrução da mama, ou das mamas, após intervenção.

3.2.3 Ensino: Grupos de apoio na comunidade

Relativamente ao quadro nº 17 e gráfico nº12, referentes á informação dada á cliente sobre a existência de grupos de apoio, existentes na comunidade e/ou em instituições de Saúde, 82,1% (23 enfermeiros) dão esta informação às clientes, 14,3% (quatro enfermeiros) não dão informação e 3,6% (um enfermeiro) informa às vezes.

Quadro nº 17 – Distribuição da amostra relativamente á informação dada à cliente sobre a existência de grupos de apoio, existentes na comunidade e/ou em instituições de Saúde.

Informa a cliente sobre a existência de grupos de apoio, existentes na comunidade e/ou em instituições de Saúde			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	23	82,1%	82,1%
Não	4	14,3%	96,4%
Às vezes	1	3,6%	100,0%
Total	28	100,0%	

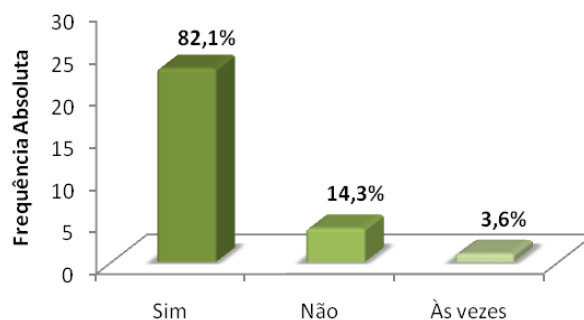


Gráfico nº 12 – Distribuição da amostra relativamente á informação dada á cliente sobre a existência de grupos de apoio, existentes na comunidade e/ou em instituições de Saúde.

3.2.4 Promoção da auto-imagem: Próteses mamárias

Relativamente ao quadro nº 18, referentes à informação dada à cliente sobre a existência de próteses mamárias, a totalidade da amostra, 28 enfermeiros, dão esta informação às clientes.

Quadro nº 18 – Distribuição da amostra relativamente á informação dada à cliente referente à existência de próteses mamárias.

Informa a cliente sobre a existência de próteses mamárias			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	28	100,0%	100,0%
Não	0	0,0%	
Às vezes	0	0,0%	
Total	28	100,0%	

3.2.5 Cuidados: Inserção da família/pessoa significativa

Relativamente ao quadro nº19 e gráfico nº13, referentes à realização da inserção da família/pessoa significativa, aos cuidados/ensino à cliente, 35,7% (dez enfermeiros) inserem a família/pessoa significativa, aos cuidados/ensino à cliente enquanto 21,4% (seis enfermeiros) não realizam a inserção e 42,9% (12 enfermeiros) fazem às vezes.

Quadro nº 19 – Distribuição da amostra relativamente à realização da inserção da família/pessoa significativa, aos cuidados/ensino à cliente.

Neste período (pré-operatório), inicia a inserção da família/pessoa significativa, aos cuidados/ensino à cliente			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	10	35,7%	35,7%
Não	6	21,4%	57,1%
Às vezes	12	42,9%	100,0%
Total	28	100,0%	

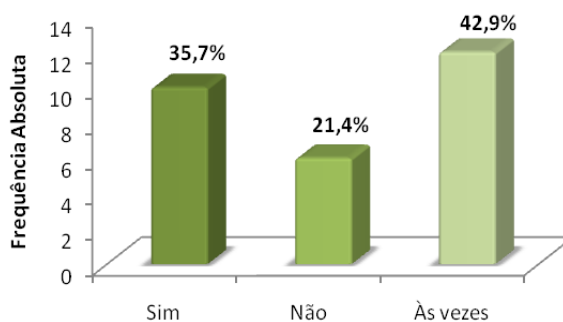


Gráfico nº 13 – Distribuição da amostra relativamente à realização da inserção da família/pessoa significativa, aos cuidados/ensino à cliente.

3.3 Período Pós-Operatório

3.3.1 Ensino: Movimentos “proibidos”

Relativamente ao quadro nº 20 e gráfico nº14, referentes ao esclarecimento da cliente quanto aos movimentos a evitar ou chamados “proibidos”, 78,6% dos sujeitos, (22 sujeitos) afirmam esclarecer a cliente enquanto 3,6% (um sujeito) refere não esclarecer a cliente e 17,9% dos sujeitos (cinco sujeitos) refere realizar este esclarecimento às vezes.

Quadro nº 20 – Distribuição da amostra relativamente ao esclarecimento da cliente quanto aos movimentos a evitar ou chamados “proibidos”.

Esclarece quais os movimentos a evitar ou chamados "proibidos"			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	22	78,6%	78,6%
Não	1	3,6%	82,1%
Às vezes	5	17,9%	100,0%
Total	28	100,0%	

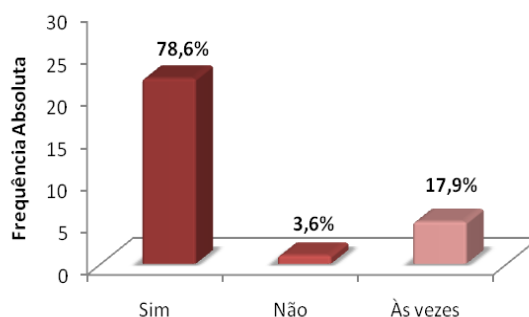


Gráfico nº 14 – Distribuição da amostra relativamente ao esclarecimento da cliente quanto aos movimentos a evitar ou chamados “proibidos”.

3.3.2 Auto-cuidado à sutura e zona circundante

Relativamente ao quadro nº 21 e gráfico nº15, referentes ao alertar a cliente para despiste de sinais e sintomas sugestivos de infeção, no local da sutura e zona circundante 92,9% dos sujeitos (26 sujeitos) afirmam alertar a cliente enquanto, que 7,1%, (dois sujeitos) afirmam alertar a cliente às vezes. Nenhum dos sujeitos respondeu que não alerta a cliente para despiste de sinais e sintomas sugestivos de infeção, no local da sutura e zona circundante.

Quadro nº 21 – Distribuição da amostra relativamente ao alertar a cliente para despiste de sinais e sintomas sugestivos de infeção, no local da sutura e zona circundante.

Alerta sobre sinais e sintomas sugestivos de infeção, no local da sutura e zona circundante			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	26	92,9%	92,9%
Não	0	0,0%	92,9%
Às vezes	2	7,1%	100,0%
Total	28	100,0%	

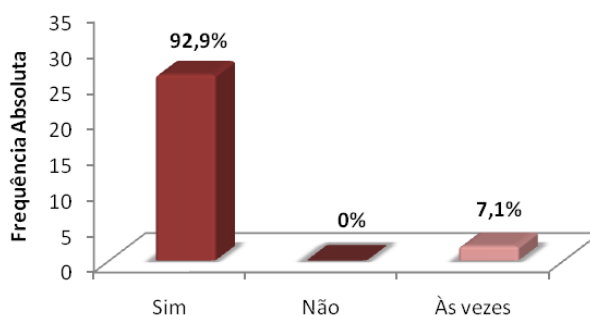


Gráfico nº 15 – Distribuição da amostra relativamente ao alertar a cliente para despiste de sinais e sintomas sugestivos de infeção, no local da sutura e zona circundante.

3.3.3 Ensino: cuidados apropriados à sutura

Relativamente ao quadro nº 22 e gráfico nº16, referentes à realização de ensino à cliente sobre cuidados apropriados ao local de incisão, 85,7% dos sujeitos (24 sujeitos) respondeu “Sim”, 3,6% dos sujeitos (um sujeito) respondeu “Não” e 10,7% dos sujeitos (três sujeitos) respondeu às vezes.

Quadro nº 22 – Distribuição da amostra relativamente à realização de ensino à cliente sobre cuidados apropriados ao local de incisão.

Faz ensino à cliente sobre os cuidados apropriados ao local da incisão			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	24	85,7%	85,7%
Não	1	3,6%	89,3%
Às vezes	3	10,7%	100,0%
Total	28	100,0%	

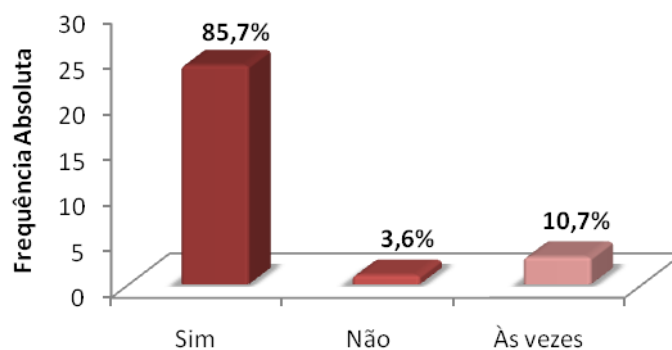


Gráfico nº 16 – Distribuição da amostra relativamente à realização de ensino à cliente sobre cuidados apropriados ao local de incisão.

3.3.4 Cuidados: Inserção da família/pessoa significativa

Relativamente ao quadro nº23 e gráfico nº17, referentes à inserção da família/pessoa significativa no ensino prestado à cliente, durante o período pós-operatório, 50% dos sujeitos (14 sujeitos) responderam “Sim”, 10,7% dos sujeitos (três sujeitos) responderam “Não” e 39,3% dos sujeitos (11 sujeitos) respondeu “às vezes”.

Quadro nº 23 – Distribuição da amostra relativamente à inserção da família/pessoa significativa no ensino prestado à cliente, durante o período pós-operatório.

Neste período (pós-operatório), inclui a família/pessoa significativa no ensino prestado à cliente			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	14	50,0%	50,0%
Não	3	10,7%	60,7%
Às vezes	11	39,3%	100,0%
Total	28	100,0%	

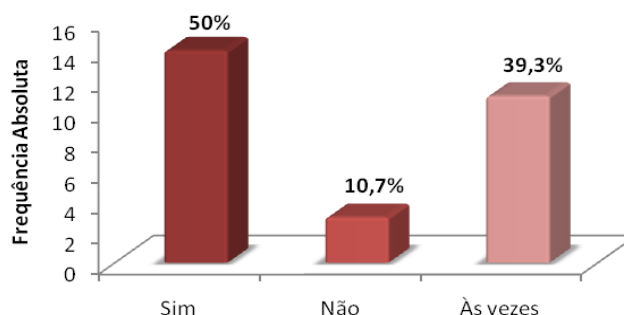


Gráfico nº 17 – Distribuição da amostra relativamente à inserção da família/pessoa significativa no ensino prestado à cliente, durante o período pós-operatório.

3.4 Preparação para a alta

3.4.1 Ensino: vestuário adequado

Relativamente ao quadro nº 24 e gráfico nº18, referentes ao aconselhamento feito à cliente sobre o vestuário a utilizar, 50% dos sujeitos (14 sujeitos) aconselham a cliente a utilizar o vestuário que sempre utilizou, 17,9% dos sujeitos (cinco sujeitos) aconselham a cliente a utilizar roupas largas, 7,1% dos sujeitos (dois sujeitos) aconselham a cliente a utilizar vestuário justo, se a cliente verbalizar preferir e 25% dos sujeitos (sete sujeitos) aconselham a cliente a utilizar vestuário não muito justo, mesmo que a cliente não demonstre agrado pelo mesmo.

Nenhum dos participantes faz aconselhamento para a utilização de roupas justas.

Quadro nº 24 – Distribuição da amostra relativamente ao tipo de vestuário que aconselha a cliente a utilizar.

Que tipo de vestuário aconselha a cliente a utilizar			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
O que sempre utilizou	14	50,0%	50,0%
Roupas Justas	0	0,0%	50,0%
Roupas Largas	5	17,9%	67,9%
Vestuário justo, se a cliente verbalizar preferir	2	7,1%	75,0%
Vestuário não muito justo, mesmo que a cliente não demonstre agrado pelo mesmo	7	25,0%	100,0%
Total	28	100,0%	

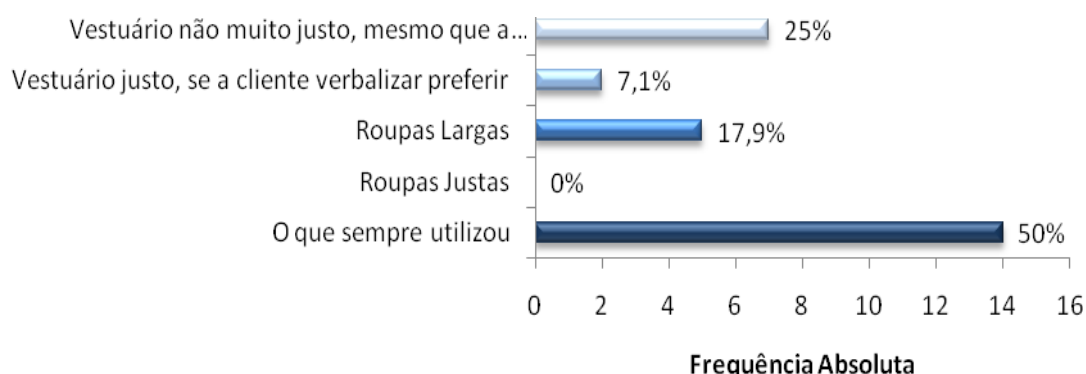


Gráfico nº 18 – Distribuição da amostra relativamente ao tipo de vestuário que aconselha a cliente a utilizar.

3.4.2 Promoção da auto-imagem: próteses mamárias e materiais especiais – soutiens especiais

Relativamente ao quadro nº 25 e gráfico nº19, referentes à informação fornecida à cliente sobre existência de próteses mamárias e soutiens especiais, 96,4% dos sujeitos (27 sujeitos) afirmam realizar este ensino e 3,6% dos sujeitos (um sujeito) refere realizar este ensino “às vezes”. No entanto nenhum sujeito respondeu “Não” aquando a realização deste ensino à cliente.

Quadro nº 25 – Distribuição da amostra relativamente à informação fornecida à cliente sobre a existência de próteses mamárias e soutiens especiais.

Informa a cliente, sobre a existência de próteses mamárias e soutiens especiais			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	27	96,4%	96,4%
Não	0	0,0%	96,4%
Às vezes	1	3,6%	100,0%
Total	28	100,0%	

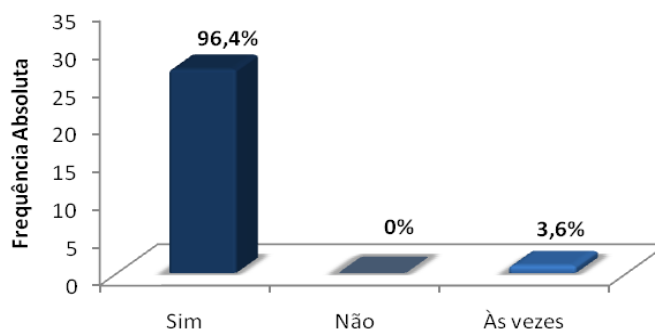


Gráfico nº 19 – Distribuição da amostra relativamente à informação fornecida à cliente sobre a existência de próteses mamárias e soutiens especiais.

3.4.3 Promoção da auto-imagem: demonstração dos diferentes tipos de materiais

Relativamente ao quadro nº 26 e gráfico nº20, referentes á demonstração dos diferentes tipos de materiais 60,7% dos sujeitos (17 sujeitos) procuram demonstrar os diferentes tipos de materiais existentes enquanto 21,4% dos sujeitos (seis sujeitos) afirmam realizar esta actividade “às vezes”. No entanto, 17,9% dos sujeitos (cinco sujeitos) declaram não demonstrar os diferentes tipos de materiais às clientes.

Quadro nº 26 – Distribuição da amostra relativamente aos enfermeiros que responderam “sim” na questão 20, e procuram demonstrar os diferentes tipos de materiais.

Procura demonstrar os diferentes tipos de materiais			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	17	60,7%	60,7%
Não	5	17,9%	78,6%
Às vezes	6	21,4%	100,0%
Total	28	100,0%	

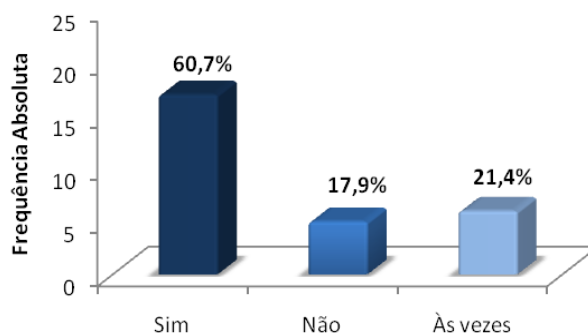


Gráfico nº 20 – Distribuição da amostra relativamente aos enfermeiros que responderam “sim” na questão 20, e procuram demonstrar os diferentes tipos de materiais.

3.4.4 Promoção da auto-imagem: Razão para a não demonstração dos diferentes tipos de materiais

Na questão nº 21, 17,9% dos sujeitos (cinco sujeitos) responderam “não”. Verifica-se uma uniformidade de respostas, sendo que 1 sujeito não preencheu o campo de resposta e os restantes 4 sujeitos dizem não realizar este ensino uma vez que não existe material de auxílio/demonstrativo no serviço.

Para analisar esta questão pretendia utilizar o método de Bardin, no entanto visto que as respostas são idênticas, não se justifica a utilização deste complexo e rico método de análise.

3.4.5 Ensino: Alimentação adequada

Relativamente ao quadro nº27 e gráfico nº21, referentes ao tipo de aconselhamento prestado à cliente sobre a alimentação, verifica-se que, 32,1% dos sujeitos (nove sujeitos) aconselham a cliente a manter dieta geral, 35,7% dos sujeitos (dez sujeitos) aconselham a cliente a realizar uma alimentação, regulada e fraccionada em moderadas quantidades, 3,6% dos sujeitos (um sujeito) aconselha a cliente a procurar um médico/nutricionista e 28,6% dos sujeitos (oito sujeitos) não faz aconselhamento nesta área.

Quadro nº 27 – Distribuição da amostra relativamente ao tipo de aconselhamento, prestado pelos enfermeiros, referente à alimentação.

Que tipo de aconselhamento, referente à alimentação, faz à cliente			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Manter dieta geral	9	32,1%	32,1%
Realizar uma alimentação, regulada e fraccionada em moderadas quantidades	10	35,7%	67,9%
Procurar um médico/nutricionista	1	3,6%	71,4%
Não faz aconselhamento nesta área	8	28,6%	100,0%
Total	28	100,0%	

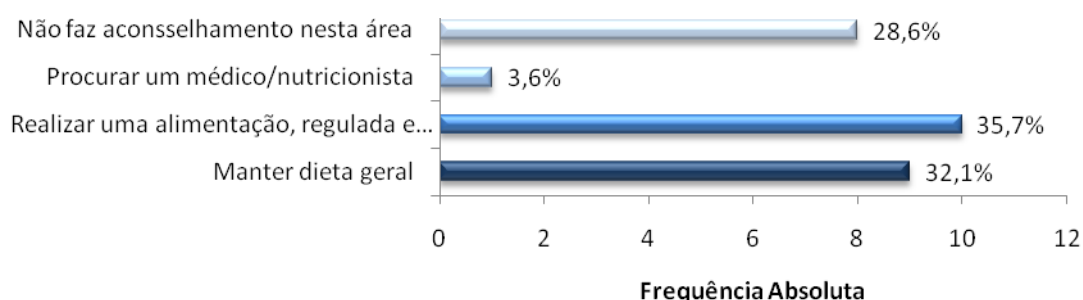


Gráfico nº 21 – Distribuição da amostra relativamente ao tipo de aconselhamento, prestado pelos enfermeiros, referente à alimentação.

3.4.6 Ensino: Precauções

No quadro nº 28, referente à questão nº24, o conjunto de 3 escolhas múltiplas a multiplicar pelo número de sujeitos faz um total de 84 respostas, sendo que essas 84 respostas perfazem a totalidade de possibilidade de resposta, ou seja, corresponde a 100%. Procedeu-se assim à realização de frequência relativa com estes valores de modo a identificar as 3 respostas mais escolhidas pelos sujeitos.

Como é possível verificar pelo quadro, as 3 respostas mais escolhidas são a respostas C (23,8%), F (13,0%) e G (28,6%).

Quadro nº28 – Distribuição da amostra relativamente às 3 precauções mais importantes, que ensina a cliente a ter após a Mastectomia

As 3 precauções mais importantes, que ensina a cliente a ter após a Mastectomia		
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
A	3	3,6
B	2	2,4
C	20	23,8
D	1	1,2
E	10	11,9
F	11	13,0
G	24	28,6
H	9	10,7
I	4	4,8
Total	84	100,0%

Legenda:

- A- Utilizar apenas máquina eléctrica ou creme depilatório para a extracção de pelos nas axilas;
- B- Ter cuidado ao cortar unhas e cutículas, evitar usar tesoura para realizar esta tarefa;
- C- Não transportar pesos (carteira, embrulhos) no braço afectado;
- D- Usar luvas de borracha para lavar a louça;
- E- Realizar auto-massagem diariamente e manter o braço a um nível mais alto, sempre que possível, de modo a promover o retorno venoso;

- F- Realizar exercícios de reabilitação, no período pós-operatório, após a extracção de pontos dos locais suturados;
- G- Evitar a colheita de sangue, injeções, vacinas ou avaliação de tensão arterial, no braço operado;
- H- Evitar o uso de mangas e punhos, anéis, relógios, pulseiras entre outros adornos que se encontrem apertados, promovendo assim a compressão do local;
- I- Tratar imediatamente cortes arranhões, lavando e aplicando protecção;

3.4.7 Ensino: Exercícios de reabilitação

Nos Quadros nº 29.0 – 29.5, referentes à questão nº 25, relativos aos exercícios de reabilitação foi pedido a colocação dos exercícios por ordem crescente de importância (de 1 a 6) sendo 1 o menos importante e 6 o mais importante.

Foi realizada uma análise individual para cada opção de modo a ser possível a identificação da sequência mais escolhida pelos sujeitos.

3.4.7.0 Exercício: desembainhar a espada

Verifica-se que para o exercício A (exercício Desembainhar a espada), 46,4% (13 sujeitos), seleccionam este exercício como o de menor importância, nível 1, 3,6% (1 sujeitos) atribuiu nível de 2 na escala de importância, 17,9% (5 sujeitos) atribuem nível 3, 21,4% (6 sujeitos) atribuem nível 4, 7,1% (2 sujeitos) atribuem nível 5 e por fim 3,6% (1 sujeito) atribui nível 6, máxima importância a este exercício.

Quadro nº 29.0 Distribuição da amostra relativamente ao exercício Desembainhar a espada

Exercício Desembainhar a espada			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
1	13	46,4	46,4
2	1	3,6	50,0
3	5	17,9	67,9
4	6	21,4	89,3
5	2	7,1	96,4
6	1	3,6	100,0%
Total	28	100,0%	

3.4.7.1 Exercício: tesoura

Relativamente ao exercício B (exercício Tesoura), verifica-se que, com 3,6% (1 sujeito) seleccionou este exercício com nível 1 e outro com nível 6. 39,2% (11 sujeitos), seleccionam este exercício como de nível 2, na escala crescente de importância, 17,9% (5 sujeitos) como nível 3, 14,3% (4 sujeitos) como nível 4 e por fim 21,4% (6 sujeitos) nomeiam este exercício como um exercício de nível 5.

Quadro nº 29.1 Distribuição da amostra relativamente ao exercício Tesoura

Exercício Tesoura			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
1	1	3,6	3,6
2	11	39,2	42,8
3	5	17,9	60,7
4	4	14,3	75,0
5	6	21,4	96,4
6	1	3,6	100,0%
Total	28	100,0%	

3.4.7.2 Exercício: aproximação dos cotovelos

No exercício C (movimento de aproximação dos cotovelos), observa-se que 7,1% (2 sujeitos) nomeiam este exercício com nível 1 e nível 4 na escala crescente de importância. 32,1% (9 sujeitos) atribuem nível 2 a este exercício, enquanto 28,6% (8 sujeitos) atribuem nível 3. Seguidamente, 14,3% (4 sujeitos) seleccionam este exercício como de nível 5 e por fim 10,7% (3 sujeitos) atribuem nível 6 na escala crescente de importância.

Quadro nº 29.2 Distribuição da amostra relativamente ao movimento de aproximação dos cotovelos

Movimento de Aproximação dos cotovelos			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
1	2	7,1	7,1
2	9	32,1	39,2
3	8	28,6	67,8
4	2	7,1	74,9
5	4	14,3	89,3
6	3	10,7	100,0%
Total	28	100,0%	

3.4.7.3 Exercício: subir as mãos pela parede

Verifica-se que no exercício D (exercício subir as mãos pela parede), 21,4% (6 sujeitos) foi atribuída a classificação de nível 1, 5 e 6. Seguidamente, com 7,1% (2 sujeitos) foi atribuída a classificação de nível 2, e por último, com 14,3% (4 sujeitos) foi atribuída a classificação de nível 3 e 4, na escala crescente de importância.

Quadro nº 29.3 Distribuição da amostra relativamente ao exercício subir as mãos pela parede

Exercício Subir as mãos pela parede			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
1	6	21,4	21,4
2	2	7,1	28,5
3	4	14,3	42,8
4	4	14,3	57,2
5	6	21,4	78,6
6	6	21,4	100,0%
Total	28	100,0%	

3.4.7.4 Exercício: movimento de roldana

No exercício E (exercício movimento de roldana), verifica-se que com 3,6% (1 sujeito) é atribuído o nível 1 de importância, com 10,7% (3 sujeitos) são atribuídos os níveis 2 e 3 de importância na escala crescente, com 21,4% (6 sujeitos) é atribuído a nível 4, com 28,6% (8 sujeitos), é seleccionado este exercício como de nível 5 e por fim, com 25,0% (7 sujeitos) é atribuído o nível 6, o de máxima importância a este exercício

Quadro nº 29.4 Distribuição da amostra relativamente ao exercício movimento de roldana

Exercício Movimento de roldana			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
1	1	3,6	3,6
2	3	10,7	14,3
3	3	10,7	25,0
4	6	21,4	46,4
5	8	28,6	75,0
6	7	25,0	100,0%
Total	28	100,0%	

3.4.7.5 Exercício: apertar a bola

Por fim, no exercício F (exercício apertara bola), observa-se que com 17,6% (5 sujeitos) seleccionam este exercício como um exercício de menor importância, nível 1, com 7,1% (2 sujeitos) atribuem classificação de nível 2 e 5, com 10,7% (3 sujeitos) é atribuído o nível 3, com 21,4% (6 sujeitos), é atribuído o nível 4 e por fim com 36,1% (10 sujeitos) é atribuído nível máximo de importância, nível 6.

Quadro nº 29.5 Distribuição da amostra relativamente ao exercício apertara bola

Exercício apertar a bola			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
1	5	17,6	17,6
2	2	7,1	24,7
3	3	10,7	35,4
4	6	21,4	56,8
5	2	7,1	63,9
6	10	36,1	100,0%
Total	28	100,0%	

3.4.8 Auto-imagem: Sexualidade

Relativamente ao Quadro nº 30 e gráfico nº22, referentes à realização de uma abordagem ao tema Sexualidade no ensino realizado à cliente, 32,1% dos sujeitos (nove sujeitos) declara realizar esta abordagem, 25% dos sujeitos (sete sujeitos) declara que não faz abordagem sobre a sexualidade no seu ensino e 42,9% dos sujeitos (12 sujeitos) referem que realizam esta abordagem “às vezes”.

Quadro nº 30 – Distribuição da amostra relativamente à abordagem sobre a sexualidade no ensino realizado à cliente

No ensino que faz à cliente, aborda a sexualidade			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	9	32,1%	32,1%
Não	7	25,0%	57,1%
Às vezes	12	42,9%	100,0%
Total	28	100,0%	

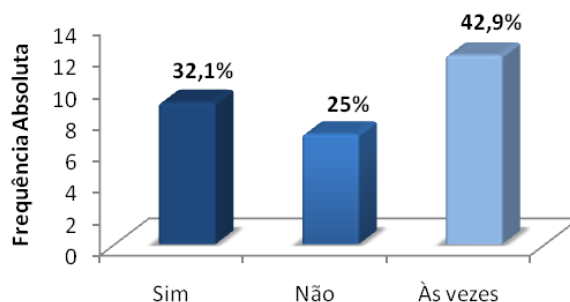


Gráfico nº 22 – Distribuição da amostra relativamente à abordagem sobre a sexualidade no ensino realizado à cliente.

3.4.9 Auto-imagem: Sexualidade, a razão para a não realização do ensino

Na questão nº 27, verifica-se mais uma vez uma grande uniformidade de respostas, sendo que, os factores apontados pelos enfermeiros são o **tempo de internamento**, que cada vez mais reduzido dificultando assim o estabelecimento de uma relação que permita a abordagem sobre a temática. O factor **idade**, também é um factor que contribui para a realização da abordagem à temática. Por fim, é do consenso comum, dentro dos sujeitos que responderam a esta questão, que esta temática e a sua

abordagem devem ser realizadas apenas se a cliente verbalizar **sentir necessidade** de ensino/esclarecimento sobre a mesma.

Mais uma vez, para analisar esta questão ambicionava utilizar o método de Bardin, no entanto visto que as respostas são unânimes, não se justifica a utilização deste intrincado método de análise.

3.4.10 Cuidados: Inserção da família/pessoa significativa

Relativamente ao **Quadro nº 31** e gráfico nº23, referentes à inserção da família/pessoa significativa da cliente, no ensino de cuidados necessários à preparação para a alta, 50% dos sujeitos (14 sujeitos) respondeu que “Sim” insere a família/pessoa significativa da cliente no ensino dos cuidados necessários à preparação para a alta enquanto 7,1% dos sujeitos (dois sujeitos) respondeu que “Não” e os restantes 42,9% dos sujeitos (12 sujeitos) responderam que realizam esta actividade “às vezes”.

Quadro nº 31 – Distribuição da amostra relativamente à inserção da família/pessoa significativa da cliente, no ensino de cuidados necessários à preparação para a alta.

Inserir a família/pessoa significativa da cliente, no ensino de cuidados necessários à preparação para a alta			
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Relativa Acumulada (%)
Sim	14	50,0%	50,0%
Não	2	7,1%	57,1%
Às vezes	12	42,9%	100,0%
Total	28	100,0%	

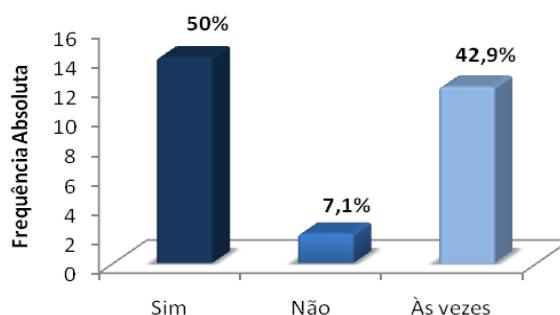


Gráfico nº 23 – Distribuição da amostra relativamente à inserção da família/pessoa significativa da cliente, no ensino de cuidados necessários à preparação para a alta.

4. Discussão

A população ao qual foi aplicado o questionário, do presente estudo de investigação, é composta por 40 enfermeiros, do Hospital Santo António dos Capuchos - serviço de cirurgia 6., prestadores de cuidados directos aos clientes excepto enfermeira chefe. Foram assim distribuídos 40 questionários, um a cada enfermeiro prestador de cuidados directos aos clientes.

Dos 40 questionários distribuídos pela população, 70% (28 sujeitos) da população que se pretende estudar, participou voluntariamente na realização do estudo.

No que diz respeito à idade, verifica-se que os enfermeiros encontram-se numa faixa etária relativamente nova, compreendida entre os 23 e 30 anos de idade.

A habilitação académica, dominante na população é a Licenciatura, com 78,6% (22 sujeitos), seguida de 21,4% (6 sujeitos) que apresentam como habilitação o Bacharelato.

No que diz respeito à categoria profissional, verifica-se que 53,6% (15 sujeitos) têm a categoria de Enfermeiro e 46,4% (13 sujeitos) têm categoria de Enfermeiro Graduado e não se verifica a presença de enfermeiro especialista.

Quanto aos anos de exercício profissional, observa-se que grande parte dos enfermeiros, têm entre 1 a 9 anos de exercício profissional, sendo que se destaca com 17,9% (5 sujeitos), 2 anos de exercício profissional seguido de 14,3% (4 sujeitos) referentes a 1 anos de exercício profissional. O valor máximo de antiguidade profissional é 28 anos, aos quais corresponde 3,6% (1 sujeito).

Por fim, aos anos de exercício profissional na área e cirurgia, verifica-se que 21,4% (6 sujeitos) exercem a profissão na área de cirurgia há 1 ano e 17,9% (5 sujeitos) exercem a profissão na área de cirurgia há 2 anos, sendo que, é possível constatar que um número considerável de sujeitos, exerce a sua profissão na área de cirurgia, num determinado intervalo de tempo entre 1 a 7 anos. O valor máximo referente ao exercício profissional, na área de cirurgia é de 24 anos.

Os dados recolhidos vão de encontro a um estudo científico realizado pela Ordem dos Enfermeiros, que se titula por “*Condições de Trabalho dos Enfermeiros*” (2004, p.131), e que diz, que “*a maioria dos enfermeiros é relativamente jovem, tendo 65,7% menos de 45 anos e, destes 38,5% menos 35 anos...*”. Segundo o mesmo estudo (2004, p.133) “*...mais de 50% dos inquiridos têm menos de dez anos de profissão e apenas mais de 20% têm mais de 20 anos.*”. Tendo em conta que o antigo plano curricular do Curso de Enfermagem foi alterado e que existe uma considerável percentagem de enfermeiros com categoria de enfermeiro, aplicando-se, igualmente, esta situação, ao facto da ocorrência de alterações da lei da gestão hospitalar e lei da gestão pública, que permitem a contratação de recursos humanos por contrato precário, não sendo os mesmos assumidos juridicamente como funcionários públicos ou membros do quadro, impedido assim, a evolução na carreira uma vez que não apresentam contrato de vinculo efectivo, permite-me verificar que, a população em estudo vai de encontro ao que esta descrito na fundamentação teórica.

Relativamente ao sexo dos sujeitos são incluídos indivíduos de ambos os sexos, sendo que 89,3% (25 sujeitos) são do sexo feminino, o que está de acordo com o estudo realizado pela Ordem dos Enfermeiros (2004, p.131) “*a maioria dos inquiridos [enfermeiros] é do sexo feminino*”.

Na mesma linha de pensamento, Carapinheiro (1998, p.63) no seu estudo, diz que a população de enfermeiros é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, sendo que 81% são enfermeiros do sexo feminino.

Quanto ao estado civil dos sujeitos, verifica-se que 67,9% (19 sujeitos) são solteiros, 21,4% (6 sujeitos) são casados e 10,7% (3 sujeitos) são divorciados. Possivelmente estes dados estão relacionados com a idade dos sujeitos, visto que sem encontram na faixa etária entre os 23 e 30 anos de idade.

Relativamente à formação específica em oncologia e formação específica sobre o cancro da mama, 82,1% (23 sujeitos) não têm formação específica em oncologia e 92,9% (26 sujeitos) não tem, formação específica sobre cancro da mama. Esta situação possivelmente deve-se ao facto de os profissionais de saúde apresentarem faixa etária

compreendida entre 23 e 30 anos e possivelmente terem menos disponibilidade de tempo ou encontrarem-se menos despertos para a aquisição de conhecimentos teórico-práticos sobre áreas específicas.

Verifica-se que 57,1% (16 sujeitos) iniciam o planeamento da alta no período pré-operatório. Estes resultados vão ao encontro do que é defendido por Serrano e Pires (2004, p.37), “*o enfermeiro deverá iniciar o ensino, o mais precocemente possível, de acordo com as condições físicas e emocionais da cliente*”. Nesta linha de pensamento, e segundo os mesmos autores, o enfermeiro deve, no período pré-operatório, promover o planeamento precoce da alta, de modo a que, a cliente se torne o mais independente possível num período precoce.

Ainda, segundo Serrano e Pires (2004), no período pré-operatório o enfermeiro deve alertar a cliente para a possibilidade da realização de cirurgia de reconstrução da mama, se a cliente assim o desejar, o que é realizado por 71,4% (20 sujeitos) que fazem referência à cliente sobre a possibilidade da realização de cirurgia de reconstrução à mama. Estes dados vão mais uma vez de encontro à fundamentação teórica.

Os mesmos autores, expressam que o enfermeiro deve, durante o período pré-operatório, informar a cliente sobre a existência de grupos de apoio existentes na comunidade ou em instituições de saúde. Segundo Guimarães et al (2003), a cliente deve ser informada sobre os benefícios de que pode usufruir no centro de saúde, no hospital ou junto da assistência social da sua área de residência. Deste modo verifica-se que 82,1% (23 sujeitos) informa a cliente sobre a existência de grupos de apoio, existentes na comunidade e/ou instituições de saúde, deste modo constata-se que os resultados vão de acordo com o que teoricamente é correcto ou preconizado.

Relativamente à informação transmitida a cliente sobre a existência de próteses mamárias, Phipps, Sands e Marek (2003), afirmam que as próteses facilitam a adaptação à sua nova situação clínica, promovendo um maior conforto. Assim é fundamental que as clientes tenham noção da sua existência, e Serrano e Pires (2004), proferem, nomeadamente, no período pré-operatório, o enfermeiro deve informar a cliente sobre a

existência de próteses mamárias, como deverão ser usadas e onde é possível adquiri-las, o que é efectuado por todos os sujeitos.

Quanto à inserção da família/pessoa significativa, nos cuidados/ensino à cliente no período pré-operatório 35,7% (10 sujeitos) afirmam que incluem a família, no entanto verifica-se que no período pós-operatório bem como na preparação para a alta 50% (14 sujeitos) realizam esta inserção, o que segundo Hanson (2005), a família/pessoa significativa deve estar devidamente enquadrada na situação médico-cirúrgica do seu familiar em questão, e uma vez que o ensino faz parte da situação médico-cirúrgica do cliente, pressupõem-se que esta inserção deverá, igualmente ser iniciada o mais precocemente possível, excepto se a cliente verbalizar não querer.

Relativamente à questão nº 15, 78,6% (22 sujeitos) esclarecem quais os movimentos a evita ou chamados “proibidos”. Esta situação vai de encontro ao que é teoricamente defendido por Serrano e Pires (2004), para os quais o enfermeiro, no período pós-operatório, deve realizar ensino à cliente sobre movimentos a evitar ou chamados proibidos.

Nas questões nº16 e nº17, relativas ao ensino à cliente sobre sinais e sintomas sugestivos de infecção na sutura ou zona circundante e ensino sobre os cuidados apropriados ao local da incisão, verifica-se que, 92,9% (26 sujeitos) alertam a cliente sobre sinais e sintomas, no local e zona circundante e, por seguinte, 85,7% (24 sujeitos) realizam ensino à cliente sobre cuidados apropriados ao local da incisão cirúrgica. Estes dados estão de acordo com o que é encontrado na literatura. Segundo Phipps, Sands e Marek (2003), os cuidados com a cicatriz cirúrgica passam por vários pontos, sendo que um deles consiste na realização de ensino à cliente e família no que diz respeito aos cuidados apropriados ao local da incisão, sintomas de infecção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta). Na mesma linha de pensamento, segundo Serrano e Pires (2004, p.37), *“o enfermeiro deverá também incentivar a doente a observar a incisão da mama, de modo que possa despistar eventuais sinais de infecção, seroma ...e para que possa interiorizar a sua nova imagem corporal Pós-Mastectomia.”*

Quanto à questão nº 19, referente ao tipo de vestuário aconselhado à cliente 50% (14 sujeitos) aconselham a cliente a utilizar o vestuário que sempre utilizou, ao passo que, apenas 25% (7 sujeitos) aconselham a cliente a utilizar vestuário não muito justo, mesmo que a cliente não demonstre agrado pelo mesmo. Segundo Phipps, Sands e Marek (2003), a cliente não deve utilizar roupas muito justas, principalmente no membro do flanco operado, de modo a prevenir complicações, como é referido nos cuidados especiais e nas medidas preventivas do aparecimento de linfedema. Os resultados obtidos não estão de acordo com o que teoricamente é o mais correcto, no entanto entende-se que por uma questão de não invasão da privacidade da cliente e por demonstração de respeito pela pessoa, por vezes, por uma questão de conforto, permite-se que a pessoa seja a própria a escolher o vestuário que é mais confortável, no entanto, o ensino deverá ser realizado, independentemente da resposta ou da vontade que a cliente verbalizar.

Relativamente às questões nº 20, nº21 e nº22, referentes à realização de ensino à cliente sobre a existência de próteses mamárias e soutiens especiais e consequente demonstração dos mesmos através de material demonstrativo, verifica-se que 96,4% (27 sujeitos) informam a cliente sobre a existência de próteses mamárias e soutiens especiais, 60,7% (17 sujeitos) procuram demonstrar os diferentes materiais. No entanto 17,9% (5 sujeitos) não realizam a demonstração dos i e a justificação ao porque da não demonstração dos materiais é, segundo os mesmos e como se pode verificar na análise, a falta de recursos materiais demonstrativos no serviço. Estes resultados vão de acordo com o que é proferido por Guimarães et al (2003), nomeadamente, os soutiens deveram ser mostrados (caso o serviço disponha de recursos materiais), de modo a que, a cliente se possa familiarizar e compreender que tipo de soutien deverá procurar após a alta. Verifica-se que 17,9% (5 sujeitos), desconhecem a existência destes materiais, possivelmente por serem recursos recentes no serviço.

Na questão nº 23, referente ao aconselhamento prestado pelos enfermeiros relativo à alimentação, verifica-se que 35,7 % (10 sujeitos) aconselham a cliente a realizar uma alimentação regulada e fraccionada em moderadas quantidades. De acordo com Guimarães et al (2003), a cliente deverá executar uma dieta equilibrada. Deverá

comer de tudo, até para a sua auto-satisfação, mas em moderada quantidade, deste modo é possível constatar que 35,7% (10 sujeitos) actuam de acordo com o que está preconizado, no entanto 32,1% (9 sujeitos) aconselham a cliente a manter uma dieta geral e 28,6% (8 sujeitos) não realizam aconselhamento nesta área. O enfermeiro deve estar atento aos hábitos de vida diários dos seus clientes de modo a detectar se os mesmos realizam uma alimentação pró-vida ou apenas baseada nos seus desejos e vontades próprias, para poder intervir através da promoção da saúde e do ensino.

Relativamente à questão nº 24, no qual foi pedido que seleccionassem as 3 precauções mais importantes, que ensina a cliente a ter após a Mastectomia, verifica-se que, as 3 precauções mais escolhidas foram com 23,8% a precaução “Não transportar pesos (carteira, embrulhos) no braço afectado”, com 13,0% a precaução, “Realizar auto-massagem diariamente e manter o braço a um nível mais alto, sempre que possível, de modo a promover o retorno venoso.”, e por fim, com 28,6% a precaução “Evitar a colheita de sangue, injeções, vacinas ou avaliação de tensão arterial, no braço do flanco operado”. Segundo Phipps, Sands e Marek (2003), existem muitas precauções após a Mastectomia que são muito importantes e devem ser tidas em conta. Todas as precauções colocadas no questionário são importantes estando qualquer uma das mesmas correctas e de acordo com fundamentação teórico-científica.

Quanto à pergunta nº 25, referente à colocação dos exercícios por ordem crescente de importância, sendo 1 o menos importante e 6 o mais importante, a sequência mais escolhida é, “A; B; C; D; E; F.”, sendo A: exercício desembainhar a espada, B: exercício tesoura, C: exercício aproximação dos cotovelos, D: exercício subir as mãos pela parede, E: exercício movimento de roldana e F: exercício apertar a bola, sendo o exercício de menor importância o exercício A e o de maior importância o exercício F. De acordo com Phipps, Sands e Marek (2003), a prática de exercício físico após a cirurgia ajuda a restabelecer os movimentos e a recuperar a força no braço e no ombro. Auxilia, também, na diminuição da dor e da rigidez nas costas e pescoço. Segundo os mesmos autores, inicialmente, os exercícios são suaves e podem ser feitos na cama, deste modo o exercício “apertar a bola” é o exercício que se revela mais importante, uma vez que de todos é o que se pode iniciar o mais precocemente. Segundo

Phipps, Sands e Marek (2003), o exercício “desembainhar a espada” poderá ser preferível fazer com o braço não operado, durante a primeira semana, e só depois com o braço do lado operado, logo, é um exercício que surge mais tardiamente sendo o menos importante na fase de preparação para a alta. Os restantes exercícios são realizados consoante a capacidade da cliente, a sua ordem de importância pode assim, variar de caso para caso. Os resultados obtidos vão de encontro à fundamentação teórica. É importante referir que todos os exercícios são importantes, no entanto existem exercícios que se tornam mais fáceis para as cliente e onde a probabilidade de adesão é maior, daí ser relevante conhecer quais os exercícios aos quais os enfermeiros atribuem maior importância.

Por último, relativamente às questões nº 26 e nº 27, referentes à abordagem da sexualidade no ensino prestado à cliente, verifica-se que 32,1% (9 sujeitos) abordam a sexualidade no ensino realizado à cliente. No entanto 42,9% (12 sujeitos) realizam este ensino “às vezes”. A justificação para tal vai de encontro a três factores que são o factor tempo, idade da cliente e a verbalização por parte da cliente em sentir necessidade de ensino. Citando Meneses e Bruges (2006, p.35), “ o facto de não ter uma mama, não significa alteração no modo de funcionamento sexual, mas pode alterar a sensação da mulher sobre a sexualidade”, nesta linha de pensamento, e segundo os mesmos autores, os enfermeiros devem e podem, sempre que a relação com a cliente o permita, iniciar a abordagem desta temática, ajudando a cliente a verbalizar os seus sentimentos, receios e preocupações em relação ao marido/companheiro e posteriormente promovendo o dialogo entre ambos. Posto isto, verifica-se que os resultados obtidos vão de encontro à fundamentação teórica, uma vez que o ensino não é realizado ou por falta de tempo para o estabelecimento de relação com a cliente ou por ser esperado que a cliente verbalize esta necessidade por, possivelmente, receio de invadir a privacidade da cliente.

5. Conclusão

Com a realização deste capítulo, pretende-se apresentar as conclusões do estudo de investigação, face aos resultados obtidos. Segundo Fortin (1999, p.336) “...as conclusões devem indicar a posição do investigador face aos resultados obtidos...incluem enunciados concludentes ou um julgamento sobre os resultados...”.

O estudo realizado é de paradigma quantitativo, descritivo simples, com o objectivo de conhecer o ensino prestado, pelos enfermeiros, durante o internamento, às clientes submetidas a Mastectomia radical.

Os dados foram colhidos na unidade de cirurgia do Hospital do distrito de Lisboa – Centro Hospitalar de Lisboa Centro, nomeadamente no Hospital de Santo António dos Capuchos, no serviço de cirurgia 6.

A abordagem do tema permitiu, enquanto estudante de enfermagem e futura enfermeira, aprofundar conhecimentos na área de investigação e verificar se o ensino realizado pelos enfermeiros vai de encontro ao que teoricamente é o mais adequado ou correcto.

Pode-se concluir que a questão de investigação inicialmente proposta foi respondida, assim como, o objectivo geral e específicos propostos inicialmente foram superados com sucesso.

Foi notória, alguma dificuldade na realização deste trabalho, no entanto a dedicação e a determinação em superar mais um objectivo de viva é um factor incitador, e que nos leva a continuar a caminhada sem desistir.

Verifica-se que, segundo os dados obtidos, que o ensino realizado, apresenta algumas lacunas e necessita de uma maior uniformização. Em prol do esclarecimento da cliente, para com as dúvidas naturais da sua nova situação de vida, é necessário abordar todos os temas, mesmo que a cliente não verbalize esta necessidade.

A ordem, a especificidade e alguns pormenores por vezes podem ser facilmente esquecidos, se, não existirem linhas orientadoras que auxiliem e complementem o ensino prestado pelo Enfermeiro, daí ser extremamente importante a exigência de um protocolo de ensino que permita a uniformização da informação dada às clientes.

Conclui-se que a população em estudo não possui formação específica na área de oncologia nem na área do cancro da mama, como foi possível verificar através dos dados obtidos nas questões nº 8 e nº 9, nomeadamente, em oncologia e formação específica sobre o cancro da mama, 82,1% (23 sujeitos) não têm formação específica em oncologia e 92,9% (26 sujeitos) não tem, formação específica sobre cancro da mama. Esta situação pode ser promotora de algumas dúvidas para os profissionais de saúde, o que irá claramente influenciar o ensino prestado.

Relativamente ao planeamento precoce da preparação para a alta, verifica-se que 57,1% (16 sujeitos) iniciam o planeamento da alta no período pré-operatório. A preparação precoce para a alta é um ponto de extrema importância no ensino aos clientes. Conclui-se, assim que, a população em estudo na generalidade realiza esta preparação o mais precocemente possível.

Quanto à inserção da família/pessoa significativa, nos cuidados/ensino à cliente no período pré-operatório 35,7% (10 sujeitos) realizam esta inserção, no entanto no período pós-operatório bem como na preparação para a alta 50% (14 sujeitos) realizam esta inserção. A inserção da família/pessoa/significativa é muito importante uma vez que após a alta estes elementos são fulcrais aquando a adaptação e recuperação da cliente. Conclui-se que, a inserção da família/pessoa significativa é realizada, no entanto não na proporção mais adequada.

Por último, relativamente às questões nº 26 e nº 27, referentes à abordagem da sexualidade no ensino prestado à cliente, verifica-se que 32,1% (9 sujeitos) abordam a sexualidade no ensino realizado à cliente. No entanto 42,9% (12 sujeitos) realizam este ensino “às vezes”. A justificação para tal vai de encontro a três factores que são o factor tempo, idade da cliente e a verbalização por parte da cliente em sentir necessidade de ensino. Conclui-se que estes dados obtidos vão de

encontro à fundamentação teórica, no entanto esta temática suscita interesse a nível de investigação, sendo que é necessário compreender melhor o porque da inibição em realizar ensino nesta área.

6. Limitações e Implicações do Estudo

Na elaboração deste estudo de investigação, deparei-me com algumas limitações as quais citarei ao longo deste capítulo.

Assim, ocorreram, como é natural no decorrer da elaboração de qualquer estudo de investigação, determinados condicionamentos quer no âmbito da pesquisa, aceitabilidade e disponibilidade dos sujeitos participantes ou incidentes ocorridos de cariz espaço-temporal.

Saliento, assim, as limitações encontradas no percurso da elaboração deste estudo:

- A inexperiência como investigadora, limitativa perante a capacidade de análise aprofundada e discussão dos resultados;
- A inexperiência ao nível da utilização e domínio de software informático para tratamento estatístico dos dados recolhidos, nomeadamente SPSS e Excel, o que levou a uma necessidade de despende mais tempo para a realização do mesmo.
- Limitações relacionadas com factores internos e externos da investigadora, nomeadamente factores de carácter pessoal e factor tempo.

Como implicações apresento as seguintes:

- Este estudo constitui mais um documento de cariz científico para a área de investigação, embora seja de carácter académico possui especificidades como a constatação da necessidade de formação, aos enfermeiros, sobre oncologia.
- Com a realização deste estudo foi possível detectar o ensino realizado pelos enfermeiros, relativamente à área de oncologia, mais especificamente cancro da mama, e assim despistar alguma lacuna no ensino, que careça de uma maior coesão de modo a promover a uniformidade do mesmo, na prática de enfermagem.
- Por fim este estudo permitiu o desenvolvimento de algumas competências pessoais na área da Investigação, possibilitando experienciar o papel de investigadora, o que por sua vez, estimulou a intenção de investir futuramente na área de oncologia e investigação.

7. Sugestões

Após a conclusão deste estudo de investigação, considera-se relevante enunciar algumas sugestões, que foram surgindo com naturalidade perante o decorrer do estudo. Assim, com as sugestões enunciadas, pretende-se colaborar para um desenvolvimento ascendente da profissão de enfermagem, seu crescimento científico e conseqüente valorização da mesma.

Deste modo, é sugerida a Formação sobre oncologia aos enfermeiros bem como Formação específica sobre o cancro da mama.

Considera-se fulcral que seja dada continuidade de estudo na área de oncologia e na área do cancro da mama, uma vez que é uma patologia cada vez mais presente nos dias de hoje.

Por último, é sugerida a realização de estudo de investigação nos seguintes contextos:

- Ensino: A abordagem da sexualidade, para com a cliente, durante o período de internamento;
- Os sentimentos dos enfermeiros aquando o cuidar da cliente submetida a Mastectomia radical, durante o internamento;
- Percepção dos enfermeiros para com a formação complementar após Formação profissional.

8. Referências bibliográficas

- Azevedo, M. (2006) *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares* (5ªed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Carapinheiro, G. (1998) *Saberes e Poderes no Hospital: Uma sociologia dos Serviços Hospitalares* (3ª ed.). Porto. Edições Afrontamento;

- Costa, J. e Melo, A. (2000). *Dicionário da Língua Portuguesa*. (8ªed). Porto: Porto Editora.

- Dochterman, J. e Bulechek, G. (2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem - (NIC)*. (4ªed). Porto Alegre: Artmed;

- ENFERMEIROS, Ordem. (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses – Relatório do estudo elaborado no âmbito da solicitação da Ordem dos Enfermeiros*; Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas;

- Fortin, Côté e Filion, M. (2000). *O Processo de Investigação – da concepção à realização* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

- Fortin, Côté e Filion, M. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

- Fortin, Côté e Filion, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Ghiglione, R. et al. (1992). *Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras, Celta.

- Guimarães, A. et al. (2003). *Guia de Apoio à Mulher com Cancro da Mama*. – Lisboa: direcção-geral de saúde. (p.1-24).

- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – teoria, prática e investigação*. (2ªed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Manley, K. e Bellman, L.(2003). *Enfermagem Cirúrgica - Prática Avançada*. (1ªed.) Lusociência: Loures. (p.49-70)

- Meneses, M. e Bruges, P (2006). *Mastectomia e auto-conceito*. Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda.

- Moreira, C. (2007). *Teorias e Práticas de Investigação*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.

- Murteira, B. (1993). *Análise exploratória de dados – Estatística Descritiva*. Lisboa: McGRAW – HILL, Lda.

- Otto, S. (1997) *Enfermagem em Oncologia*. (3ªed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Phipps, Sands e Marek, W., Sands, J. e Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Vol. III* (6ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Pina, J. (2004) *Anatomia Humana dos Órgãos-1ª Edição*. LIDEL - Edições Técnicas Lda. Lousã.

- Polit, Beck e Hungler, D. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: ARTEMED.

- Potter, P. e Perry, A. (2003). *Fundamento de Enfermagem – conceitos e procedimentos*. (5ªed). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Recco, D., Luiz, C., Pinto, M. (2005). *O cuidado prestado ao paciente portador da doença oncológica: na via de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo* – Art. Ciências e Saúde. 12(2). (p.85-90)

- Reis, E. (2008). *Estatística descritiva*. (7ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.

- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

- Serrano, C. e Pires, P. (2004). *O Enfermeiro e a doente submetida a cirurgia da mama*. Revista Nursing. (p.33-37)

- Silva, M. e Jeneral, R. e Duarte L. (2007). *Mulheres mastectomizadas: estranhas no ninho* - Revista Nursing. (p.334-337)

- Stefanelli, M. e Fukuda, I. e Arante, E. (2008). *Enfermagem Psiquiátrica – em suas dissensões assistenciais*. (1ª ed.). São Paulo: Editora Manola Ltda.

- Universidade Atlântica (2009). *Guião para Elaboração de Trabalhos*. Disponível online em: <http://www.uatla.pt/reportório/guião.html>. Último acesso em 10/06/2009

- Vieiros, I., Nunes, R., Martins, F. (2006). *Complicações da Mastectomia: Linfedema do Membro Superior* – Acta Medica Portuguesa: Lisboa. (p.335-340)

9. Apêndices

Apêndice I – Cronograma

CRONOGRAMA
2009

Actividades Dias	Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		
	5-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	
1) Escolha do tema																					
2) Pesquisa bibliográfica																					
3) Entrega do projecto																					
4) Reformulação da Introdução, Enq. Teórico e Metodologia																					
5) Envio da carta a pedir autorização																					
6) Realização do questionário																					
7) Pré-teste																					
8) Recolha de dados																					
9) Tratamento, análise e interpretação dos resultados																					
10) Relatório de investigação																					
11) Entrega da Monografia à orientadora																					
12) Entrega final da Monografia																					

**Apêndice II – Instrumento de colheita de
dados**

Apêndice II
QUESTIONÁRIO

Título: “Mastectomia Radical: O Ensino Prestado pelos Enfermeiros, Durante o Internamento.”.

Os objectivos do estudo são os seguintes:

- Conhecer o ensino prestado, pelos enfermeiros durante o período Peri-operatório, às clientes submetidas a mastectomia radical;
- Identificar o ensino realizado pelos enfermeiros, na preparação para a alta, às clientes submetidas a mastectomia radical.

Marque com (X) em apenas uma opção, excepto nas questões assinaladas, em que pode responder a mais do que a uma opção.

I

1. Idade:_____

2. Sexo

Masculino

Feminino

3. Estado civil

Solteiro (a)

Divorciado (a)

Casado(a)/União de facto

Viúvo (a)

4. Habilitações académicas

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

5. Categoria profissional

Enfermeiro(a)

Enfermeiro(a) graduado

Enfermeiro(a)especialista

6. Há quantos anos exerce a profissão? _____

7. Há quanto tempo exerce a profissão na área de cirurgia? _____

8. Fez formação específica em oncologia?

Sim

Não

9. Fez formação específica sobre cancro da mama?

Sim

Não

II – Período Pré-operatório

10. Inicia o planejamento da alta das clientes nesta fase do internamento?

- Sim
- Não
- Às vezes

11. Faz referência à cliente, sobre a possibilidade da realização de uma cirurgia de reconstrução da ou das mamas, após a intervenção?

- Sim
- Não
- Às vezes

12. Informa a cliente sobre a existência de grupos de apoio, existentes na comunidade e/ou em instituições de saúde?

- Sim
- Não
- Às vezes

13. Informa a cliente sobre a existência de próteses mamárias?

- Sim
- Não
- Às vezes

14. Neste período (pré-operatório), inicia a inserção da família/pessoa significativa, aos cuidados/ensino à cliente?

- Sim
- Não
- Às vezes

III – Período Pós-operatório

15. Informa a cliente sobre a importância do auto-cuidado à ferida cirúrgica?

- Sim
- Não
- Às vezes

16. Esclarece quais os movimentos a evitar ou chamados “proibidos”?

- Sim
- Não
- Às vezes

17. Alerta sobre sinais e sintomas sugestivos de infecção, no local da sutura e zona circundante?

Sim

Não

Às vezes

18. Faz ensino à cliente sobre os cuidados apropriados ao local da incisão?

Sim

Não

Às vezes

19. Neste período (pós-operatório), inclui a família/pessoa significativa no ensino prestado à cliente?

Sim

Não

Às vezes

IV – Preparação para a alta

20. Que tipo de vestuário aconselha a cliente a utilizar? (Responda somente a uma alternativa)

- O que sempre utilizou.
- Roupas justas.
- Roupas largas.
- Vestuário justo, se a cliente verbalizar preferir.
- Vestuário não muito justo, mesmo que a cliente não demonstre agrado pelo mesmo.

21. Informa a cliente, sobre a existência de próteses mamárias e soutiens especiais?

- Sim
- Não
- Às vezes

22. Se na questão 21 respondeu “Sim”, procura demonstrar os diferentes tipos de materiais (próteses e soutiens) à cliente?

- Sim
- Não
- Às vezes

23. Se na questão 21 respondeu “Não”, diga porquê:

**24. Que tipo de aconselhamento, referente à alimentação, faz à cliente?
(Responda apenas a uma alternativa)**

- Manter dieta geral
- Realizar uma alimentação, regulada e fraccionada em moderadas quantidades
- Procurar um médico/nutricionista.
- Não faz aconselhamento nesta área

25. Para si, quais são as 3 precauções mais importantes, que ensina a cliente a ter após a Mastectomia?

- Utilizar apenas máquina eléctrica ou creme depilatório para a extracção de pelos nas axilas
- Ter cuidado ao cortar unhas e cutículas, evitar usar tesoura para realizar esta tarefa.
- Não transportar pesos (carteira, embrulhos) no braço afectado
- Usar luvas de borracha para lavar a louça
- Realizar auto-massagem diariamente e manter o braço a um nível mais alto, sempre que possível, de modo a promover o retorno venoso
- Realizar exercícios de reabilitação, no período pós-operatório, após a extracção de pontos dos locais suturados
- Evitar a colheita de sangue, injeções, vacinas ou avaliação de tensão arterial, no braço operado

Evitar o uso de mangas e punhos, anéis, relógios, pulseiras entre outros adornos que se encontrem apertados, promovendo assim a compressão do local

Tratar imediatamente cortes arranhões, lavando e aplicando protecção

26. Relativamente aos exercícios de reabilitação, coloque por ordem crescente de importância (de 6 a 1) sendo 6 o mais importante e 1 o menos importante.

- Exercício Desembainhar a espada _____
- Exercício Tesoura _____
- Movimento de Aproximação dos cotovelos _____
- Exercício Subir as mãos pela parede _____
- Exercício Movimento de roldana _____
- Exercício apertar a bola _____

27. No ensino que faz à cliente, aborda a sexualidade?

Sim

Não

Depende da cliente

28. Se na questão 27, respondeu “depende da cliente”, diga porquê:

29. Insere a família/pessoa significativa da cliente, no ensino de cuidados necessários na preparação para a alta?

Sim

Não

Às vezes

**Apêndice III – Carta da explicativa do estudo
e do consentimento**

Carta explicativa do estudo e do consentimento

Com o propósito de realizar a monografia final do VII curso de licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Atlântica – Universidade Atlântica, Ana Rita Patrício Gomes, vem solicitar a colaboração dos Enfermeiros para a recolha de dados do estudo de investigação – Monografia cujo tema é “Mastectomia Radical: Ensino Prestado pelos Enfermeiros, Durante o Internamento.”.

Os objectivos do estudo são os seguintes:

- Conhecer o ensino prestado, pelos enfermeiros durante o período Perioperatório, às clientes submetidas a mastectomia radical;
- Identificar o ensino realizado pelos enfermeiros, na preparação para a alta, às clientes submetidas a mastectomia radical.

A escolha do tema deve-se ao facto de considerar que é uma área temática que me desperta muito interesse, pela necessidade de aumentar os conhecimentos acerca do ensino prestado às clientes submetidas a mastectomia radical.

Para a realização deste trabalho de investigação optei por uma abordagem de investigação quantitativa, estudo descritivo simples.

A população do estudo, são todos os enfermeiros prestadores de cuidados, do serviço de cirurgia 6.1 e 6.2, do Hospital Santo António dos Capuchos.

O instrumento de colheita de dados utilizado é o questionário.

A sua participação é, totalmente, voluntaria e está livre de se retirar do estudo em qualquer momento, sem que esta atitude lhe traga algum prejuízo, nem necessidade de justificação. Apenas é necessário a comunicação à investigadora.

Os resultados do trabalho de investigação, serão divulgados aos interessados, mediante solicitação dos mesmos. No final da recolha dos dados, os questionários serão todos destruídos, garantindo assim a privacidade dos participantes do estudo.

A investigadora

(Ana Rita Patrício Gomes, Tel.936737383)

**Apêndice IV – Carta de pedido de
autorização para a recolha de dados**

Exma. Sra.
Enfermeira Directora Adjunta
Enfermeira Anabela Gama
Centro Hospitalar Lisboa Central
Hospital santo António dos capuchos
Lisboa

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados da Monografia de final de curso.

Eu, Ana Rita Patrício Gomes, aluna nº 200691146, a frequentar o 3ºano de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Atlântica, venho no âmbito do plano de estudos curricular, solicitar autorização para a realização da recolha de dados do estudo a realizar – Monografia – cujo tema é “Mastectomia Radical: Ensino Prestado pelos Enfermeiros, Durante o Internamento.”.

Os objectivos do estudo são os seguintes:

- Conhecer o ensino prestado, pelos enfermeiros durante o período Peri-operatório, às clientes submetidas a mastectomia radical;
- Identificar o ensino realizado pelos enfermeiros, na preparação para a alta, às clientes submetidas a mastectomia radical.

Para a realização deste estudo, optei pela execução de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo simples, no qual pretendo responder à minha questão de investigação: Qual é o ensino prestado pelos enfermeiros durante o período Intra-operatório e preparação para a alta, às clientes submetidas a mastectomia radical.

A população, são os enfermeiros prestadores de cuidados, dos serviços de cirurgia 6.1 e 6.2 do Hospital Santo António dos Capuchos.

O instrumento de colheita de dados a utilizar é o questionário anónimo. (Em anexo 1).

A participação dos sujeitos é, totalmente voluntaria e estão livres de se retirar do estudo em qualquer momento, sem que esta atitude lhe traga algum prejuízo, nem necessidade de justificação. Apenas é necessário comunicar à investigadora.

Os resultados do trabalho de investigação, serão divulgados aos interessados, mediante solicitação dos mesmos. No final da recolha dos dados, os questionários serão todos destruídos.

Comprometo-me, a respeitar o direito à autodeterminação, direito à intimidade, anonimato, direito à confidencialidade, direito à protecção contra o prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo, tendo para este efeito elaborado uma carta explicativa do estudo e do consentimento (anexo 2), bem como a declaração do consentimento informado (anexo 3).

Aproveito para informar que a Sra. Enfermeira Chefe, Irene Caeiro, já tem conhecimento do meu interesse em realizar o estudo, e achou pertinente o tema.

O projecto da Monografia estará disponível, sendo apenas necessária a sua solicitação.

Antecipadamente, agradeço a atenção dispensada.

Barcarena, __/__/__

A investigadora

(Ana Rita Patrício Gomes, Tel.936737383)

Docente orientadora

(Leonor Carvalho, Tel.926607130)

**Apêndice V - Carta da Declaração do
Consentimento Informado**

Declaração do Consentimento Informado

Título: “Mastectomia Radical: O Ensino Prestado pelos Enfermeiros, Durante o Internamento.”.

Eu, _____,
declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia da pesquisa intitulada “Mastectomia Radical: O Ensino Prestado pelos Enfermeiros, Durante o Internamento.”.

Estou consciente que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação neste estudo, podendo-me retirar do estudo assim que o entender.

Declaro também que fui informado do anonimato e confidencialidade dos dados, todas as informações por mim facultadas, serão utilizadas apenas para fins científicos e destruídos pela investigadora no fim do estudo. Sei que durante o tratamento de dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Sei que poderei consultar o estudo sempre que o solicitar, à investigadora.

Depois do anteriormente referido, concordo, voluntariamente, participar no estudo.

Informante

Data: ___/___/___

Investigadora: Ana Rita Patrício Gomes

