



Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas*

Using the International Classification for Nursing Practice in the care of women with mastectomy

Uso de la Clasificación Internacional para las Prácticas de Enfermería en el cuidado a mujeres con mastectomía

Cândida Caniçali Primo¹, Franciéle Marabotti Costa Leite¹, Maria Helena Costa Amorim², Raquel Marchesini Sipioni³, Shayane Helmer dos Santos³

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil de mulheres submetidas à mastectomia participantes de um Programa de Reabilitação; identificar os diagnósticos de enfermagem mais comuns e elaborar as intervenções para cada diagnóstico, utilizando a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem - CIPE/versão1.0. **Métodos:** Estudo descritivo realizado em hospital de referência para Oncologia em Vitória – ES. A amostra abrangeu 239 prontuários sorteados aleatoriamente e os dados, coletados em maio de 2008, focaram os registros das consultas de enfermagem às mulheres mastectomizadas. **Resultados:** Dentre as 239 participantes, 64,8% tinham entre 40 e 59 anos, 55%, eram casadas, 48,2% cursaram o ensino fundamental incompleto, 60,7% eram da região metropolitana do Estado do ES e 34,3% exerciam atividades do lar. Os diagnósticos registrados não possuíam relação exclusiva com o câncer de mama e podem ser verificados em clientes com outras alterações de saúde. **Conclusão:** A CIPE utiliza métodos práticos para elaboração do diagnóstico e seleção das intervenções que facilitam a sistematização da assistência de enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Neoplasias mamárias; Processos de enfermagem; Mastectomia

ABSTRACT

Objective: To characterize the profile of women that underwent mastectomy and participated in a rehabilitation program, to identify the most common nursing diagnoses and interventions for each diagnosis, using the International Classification for Nursing Practice (ICNP), versión1.0. **Methods:** It was a descriptive study conducted in a referral hospital for Oncology in the city of Vitoria, ES. The sample consisted of 239 randomly selected records and the data was collected in May 2008; the research focused on the records of nursing visits to women with mastectomies. **Results:** Among the 239 participants, 64.8% were between 40 and 59 years, 55% were married, 48.2% finished the elementary school, 60.7% were from the metropolitan region of the ES state, and 34.3 % were housewives. The diagnoses recorded did not have exclusive relationship with breast cancer and may be found in clients with other health alterations. **Conclusion:** The ICNP uses practical methods for making the diagnosis and selection of interventions that facilitate the systematization of nursing care.

Keywords: Nursing diagnosis; Breast neoplasms; Nursing process; Mastectomy

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil de las mujeres sometidas a mastectomía que participan de un programa de rehabilitación, con la finalidad de identificar los diagnósticos de enfermería más comunes y elaborar intervenciones para cada diagnóstico, utilizando la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE), versión1.0. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo realizado en un hospital de referencia de Oncología en la ciudad de Vitoria, ES. La muestra consistió de 239 expedientes seleccionados al azar y los datos fueron recolectados en mayo de 2008, el estudio se concentró en los registros de consultas de enfermería para mujeres con mastectomía. **Resultados:** Entre las 239 participantes, 64,8% tenían entre 40 y 59 años, 55% estaban casadas, 48,2% terminaron la escuela primaria completa, 60,7% eran de la región metropolitana del estado de ES y 34,3 % ejercían las tareas del hogar. Los diagnósticos registrados no tenían relación exclusiva con el cáncer de mama y pueden ser verificados en clientes con otras alteraciones de salud. **Conclusión:** La CIPE utiliza métodos prácticos para hacer el diagnóstico y la selección de las intervenciones que facilitan la sistematización de los cuidados de enfermería.

Descriptores: Diagnóstico de enfermería; Neoplasias de la mama; Procesos de enfermería; Mastectomía

* Trabalho realizado na Universidade Federal do Espírito Santo.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Vitória (ES), Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES - Vitória (ES), Brasil.

³ Enfermeira, graduada na Universidade Federal do Espírito Santo - UFES Vitória (ES), Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer de mama é a neoplasia com maior taxa de mortalidade entre as mulheres, sobretudo em países desenvolvidos, embora sua incidência venha aumentando também nos países em desenvolvimento. Isso pode estar relacionado ao modo de vida da atualidade, no qual encontramos um mundo cada vez mais competitivo, levando as pessoas a adquirirem hábitos que podem estar associados a vários fatores de risco, para o desenvolvimento de uma neoplasia, em especial, o câncer de mama⁽¹⁾.

Entre os tipos de câncer, o de mama é o mais comum, e a segunda causa de morte por câncer entre mulheres ocidentais, fato facilmente comprovado pelo elevado índice de novos casos que são identificados todos os anos. Segundo dados de 2008, por exemplo, foram registrados no Brasil cerca de 49.400 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 51 casos para cada 100 mil mulheres; para o Espírito Santo, espera-se uma incidência de câncer de mama na ordem de 45,85 casos em 100 mil mulheres e, para a capital, Vitória, uma incidência maior de casos novos: 81,43 casos/ 100.000 mulheres⁽²⁾.

Além disso, o câncer de mama é uma doença que envolve componentes genéticos, ambientais, pessoais, entre outros, e atinge as mulheres independente da classe social, cor, estado civil, religião, entre outros fatores⁽¹⁾. Fato que nos leva a afirmar a necessidade de um atendimento diferenciado pelos profissionais de enfermagem.

A enfermagem é uma profissão cujo objetivo principal é o cuidar, ou seja, prestar uma assistência de qualidade ao indivíduo que está passando por um processo de doença, de forma a garantir que este atravesse o processo da melhor maneira possível⁽³⁾. Como se sabe, a mulher que passa pelo câncer de mama, possui várias de suas necessidades humanas básicas alteradas e cabe ao enfermeiro identificá-las e ajudá-la a mudar esse quadro.

Para prestar assistência adequada, é preciso que esse profissional utilize seu conhecimento teórico e o associe à prática. Isso pressupõe o conhecimento das teorias de enfermagem, para utilizar o modelo teórico mais adequado para implementação do processo de enfermagem àquele indivíduo⁽⁴⁾.

Existem diversas maneiras de trabalhar o processo de enfermagem. Uma delas, que é muito promissora, é trabalhar os diagnósticos e intervenções de enfermagem (etapas do processo de enfermagem), utilizando-se a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®), criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), em 1989, para que a enfermagem consiga uniformizar seus diagnósticos em nível mundial⁽⁵⁾.

Em 1996, foi criada a versão alfa, afirmando-se que a CIPE® forneceria uma estrutura, na qual o vocabulário e as classificações existentes pudessem ser mapeados para comparações dos dados de enfermagem coletados por

meio de outros sistemas de classificação. No entanto, ao longo dos anos, com a utilização desse sistema de classificação, percebeu-se que precisava passar por reformulações, para que atendesse aos objetivos citados anteriormente. Dessa forma, em 2005, foi elaborada a mais nova versão da CIPE®, a Versão 1.0, que foi precedida pelas versões Beta (1999) e Beta 2 (2001)⁽⁶⁾.

A versão Beta publicada em 1999, forneceu uma oportunidade para expandir a participação no contínuo desenvolvimento da CIPE®. Mas, ao trabalharem com essa versão, enfermeiros recomendaram várias alterações, sobretudo quanto à gramática, correções ou alterações de códigos e correções nas definições, gerando a versão Beta 2⁽⁷⁾.

A versão Beta 2 contém um enfoque multiaxial que permite a combinação dos conceitos dos distintos eixos, formulando maior detalhamento e solidez na classificação dos fenômenos, nas ações e resultados de enfermagem. Mas, essa versão trabalhava com um total de 16 eixos em sua estrutura, sendo oito eixos para estrutura da classificação dos fenômenos de enfermagem e oito eixos para estrutura da classificação das ações de enfermagem, o que tornava a elaboração dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem um processo longo e trabalhoso⁽⁶⁾.

A versão 1.0 veio para simplificar a utilização dessa classificação diagnóstica, pois o modelo que, na versão Beta 2, era de oito eixos passou a ser de sete eixos sendo utilizados tanto para a elaboração dos diagnósticos como para as ações de enfermagem. Nessa versão, os eixos são: foco (área de atenção, que é relevante para a enfermagem), julgamento (opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem), meios (maneira ou método de desempenhar uma intervenção), ação (processo intencional aplicado a um cliente), tempo (momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência), localização (orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções) e cliente (sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção)⁽⁷⁾.

O propósito do processo de enfermagem, é identificar as necessidades de assistência à saúde do paciente, estabelecendo um plano de tratamento e complementando as intervenções de enfermagem que satisfaçam as necessidades humanas básicas do paciente/cliente⁽⁸⁾.

Tendo em vista que a mulher mastectomizada passa por um processo de doença por um tempo muito longo, e várias de suas necessidades humanas básicas estão alteradas, é preciso que haja uma assistência de enfermagem efetiva de forma a auxiliá-la a passar por esse processo com o menor número de danos.

Partindo dessas considerações, este estudo teve como objetivos caracterizar o perfil das mulheres mastectomizadas participantes do Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (PREMMA), segundo as variáveis: idade, grau de instrução, estado civil, profissão e localidade de

moradia; identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e elaborar as respectivas intervenções, nas mulheres que realizaram a consulta de enfermagem, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) - versão 1.0.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo na abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no PREMMA, localizado no ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia, situado no Município de Vitória – ES.

Para tanto, a amostra foi selecionada de forma aleatória, por meio de sorteio, 239 prontuários de um total de 625 que continham o instrumento de coleta de dados utilizado na consulta de enfermagem, levando-se em consideração a precisão de 5% e o nível de confiança de 95%.

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2008. Ao examinar os prontuários, foram identificados os termos atribuídos aos fenômenos relativos à prática de enfermagem e elaborados os diagnósticos de enfermagem, utilizando a CIPE® – versão 1.0. Para a construção dos diagnósticos de enfermagem na CIPE®, foi considerada a exata concordância dos termos em linguagem natural (única palavra na lista de termos locais com similaridade exata à presente na versão 1.0), além das concordâncias parciais (presença de sinônimos e termos com conceitos relacionados).

Para compor as afirmativas dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, o CIE recomenda que se utilize o Modelo de Sete Eixos da CIPE® versão 1.0. Para a elaboração do diagnóstico de enfermagem pela CIPE® é obrigatória a utilização de um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento, podendo ser inclusos termos adicionais, conforme a necessidade dos eixos foco/ julgamento e de outros eixos. Para a composição das intervenções de enfermagem, por meio da CIPE® deve ser utilizado obrigatoriamente um termo do eixo ação e, pelo menos, um termo-alvo, que pode ser um termo de qualquer eixo, exceto do eixo julgamento⁽⁷⁾. Ao final, foi realizada uma análise descritiva, dos dados das tabelas de frequência.

O estudo foi aprovado pela direção do Hospital Santa Rita de Cássia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número 054/08.

RESULTADOS

Dos 239 prontuários analisados, observou-se que 55,2% das pacientes eram casadas, 18% solteiras, 16,3% viúvas, 6,3% separadas e 4,2% possuíam outro tipo de relacionamento.

A idade das mulheres variou entre 27 e 83 anos, a

média de idade foi de 52 anos. Notou-se que 64,8% das mulheres encontravam-se na faixa etária entre 40 e 59 anos, conforme mostram os dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico de mulheres atendidas no PREMMA/HSRC/AFECC. Vitória/ ES, maio/ 2008.

Perfil civil	n	%
Estado		
Casadas	132	55,2
Solteiras	43	18
Viúvas	39	16,3
Separadas	15	6,3
Outro tipo de relacionamento	10	4,2
Faixa etária		
27 – 29 anos	3	1,3
30 – 39 anos	29	12,1
40 – 49 anos	73	30,5
50 – 59 anos	82	34,3
60 – 69 anos	31	12,9
≥ 70 anos	21	8,9
Grau de instrução		
Analfabeta	31	13,0
Ensino fundamental incompleto	115	48,2
Ensino fundamental completo	30	12,6
Ensino médio completo	41	17,2
Ensino médio incompleto	11	4,25
Ensino superior completo	6	2,5
Ensino superior incompleto	5	2,1
Região de moradia		
Região Metropolitana	145	60,7
Polo Linhares	15	6,3
Polo Colatina	14	5,8
Central Serrana	13	5,4
Litoral Norte	8	3,3
Sudoeste Serrana	8	3,3
Noroeste 2	7	2,9
Noroeste 1	5	2,2
Caparaó	4	1,7
Extremo Norte	3	1,3
Polo Cachoeiro	2	0,8
Outros Estados	15	6,3
Profissão		
Do lar	82	34,3
Lavadora	29	12,1
Doméstica	25	10,6
Auxiliar de serviços gerais	19	7,9
Aposentada	18	7,5
Costureira	11	4,6
Autônoma	9	3,8
Outras profissões	46	19,2

Com relação ao grau de instrução, 48,2% das mulheres tinham ensino fundamental incompleto, 17,2% concluíram o ensino médio, 13% eram não letradas, 12,6% concluíram o ensino fundamental, 4,25% não concluíram o ensino médio, 2,5% terminaram o ensino superior e 2,1% não concluíram esse nível de ensino.

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem das mulheres mastectomizadas atendidas no PREMMA/ HSRC/ AFECC. Vitória/ES, maio/2008.

Diagnósticos de Enfermagem		N	%
1	Falta de padrão de exercícios	178	74,5
2	Autocuidado diminuído algumas vezes	167	69,6
3	Bem-estar psicológico prejudicado	167	69,6
4	Conhecimento escolar diminuído	145	60,7
5	Padrão alimentar prejudicado	141	59,0
6	Ingestão de líquidos diminuída	132	55,2
7	Padrão de sono prejudicado	109	45,6
8	Falta de relação sexual	100	41,8
9	Pressão sanguínea aumentada	97	40,6
10	Uso de contraceptivo aumentado	90	37,6
11	Obstipação atual e contínua	67	28,0
12	Relação sexual prejudicada	54	22,6
13	Uso de tabaco interrompido	38	15,9
14	Padrão de eliminação urinária prejudicado	37	15,5
15	Falta de conhecimento escolar	31	13,0
16	Gravidez ausente	27	11,3
17	Uso de álcool interrompido	20	8,4
18	Uso de tabaco atual	13	5,4
19	Uso de álcool atual	12	5,0
20	Promiscuidade alta	8	3,3

Observou-se que, 60,7% das mulheres da amostra que frequentavam o Programa eram provenientes da Região Metropolitana do Espírito Santo, 6,3% do Polo de Linhares e 6,3% de outros Estados, como Minas Gerais, Bahia e Rondônia. As demais eram de outras microrregiões do Estado. Para a divisão das localidades, foi utilizada a divisão do Estado por microrregiões realizada pela Secretaria de Economia e Planejamento do Espírito Santo⁽⁸⁾.

Quanto à profissão, 34,3% eram do lar, 12,1% empregadas domésticas, 10,6% lavradoras, 7,9% auxiliares de serviços gerais, 7,5% aposentadas, 4,6% costureiras, 3,8% autônomas e 19,2% tinham diversas outras profissões.

A partir dos termos atribuídos aos fenômenos da prática de enfermagem levantados nos prontuários, foram elaborados 20 diagnósticos de enfermagem, os que apresentaram uma frequência maior que 50% foram: falta de padrão de exercícios (74,5%), autocuidado diminuído algumas vezes (69,6%), bem-estar psicológico prejudicado (69,6%), conhecimento escolar diminuído (60,7%), padrão alimentar prejudicado (59%) e ingestão de líquidos diminuída

Quadro 1 - Relação de metas e intervenções para os diagnósticos de enfermagem das mulheres mastectomizadas atendidas no PREMMA/ HSRC/ AFECC. Vitória/ES, maio/2008.

Diagnóstico	Intervenções
Falta de padrão de exercícios	Explicar os benefícios da atividade física Estimular a prática de atividade física Proporcionar alternativas para a realização de atividade física Avaliar a capacidade para a realização de determinado exercício Orientar a paciente e familiares quanto aos exercícios prescritos em cada sessão Demonstrar como realizar os exercícios Realizar exercícios duas vezes ao dia, conforme material instrucional Distribuir material instrucional a paciente
Autocuidado diminuído algumas vezes	Avaliar capacidade para aprendizagem do autocuidado Estimular o autocuidado de acordo com a capacidade da paciente Explicar a importância do autoexame das mamas Ensinar a técnica correta para o autoexame das mamas Oferecer uma rotina de atividades de autocuidado Assistir a paciente até que esteja apta a executar o autocuidado Orientar a família e/ou ao cuidador da importância de estimular o autocuidado Proporcionar oportunidades para reaprender ou adaptar-se às atividades de autocuidado Supervisionar a atividade que pode executar por si mesma com segurança.
Bem-estar psicológico prejudicado	Avaliar <i>status</i> psicológico Promover socialização Oferecer ambiente calmo Oferecer apoio psicológico Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão Estimular comunicação com a paciente Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico Orientar paciente quanto ao uso de técnicas de relaxamento, conforme material instrucional Ouvir atentamente Estimular pensamento positivo Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos Estimular a paciente a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais Apoiar processo de tomada de decisão Solicitar serviço de psicologia para avaliação

Continua...

... continuação

Conhecimento escolar diminuído	Avaliar capacidade para aprendizagem Promover grupos educacionais Disponibilizar material didático com gravuras e desenhos Estimular participação no grupo interdisciplinar Identificar questões culturais que interfiram na comunicação e/ou aprendizado Efetuar uma comunicação de acordo com os aspectos socioculturais da paciente Usar linguagem simples e clara
Padrão alimentar prejudicado	Explicar a importância e os benefícios de uma ingestão alimentar adequada Avaliar as preferências alimentares da paciente Verificar o conhecimento da paciente sobre sua necessidade nutricional Estimular higiene oral antes e depois das refeições Estimular ingestão de alimentos saudáveis Orientar mudança de hábitos alimentares Oferecer reforço positivo dos hábitos de dieta adequados Orientar comer devagar e mastigar bem os alimentos Ensinar a fracionar a dieta em cinco a seis refeições diárias Incentivar uso completo dos alimentos (talos, folhas, sementes e cascas) Orientar sobre os riscos de saúde causados pelo padrão alimentar prejudicado Oferecer reforço positivo dos hábitos de dieta adequados Evitar beber líquidos durante a refeição Orientar uso de alimentos integrais Instruir sobre preparo correto dos alimentos Encaminhar ao serviço de nutrição quando necessário Orientar a paciente e os familiares quanto à dieta prescrita de reeducação alimentar
Ingestão de líquidos diminuída	Explicar a importância e os benefícios de uma ingestão de líquidos adequada Estimular ingestão de líquidos frequente Estimular uso de sucos de frutas e vegetais naturais Orientar a paciente a monitorar as características da eliminação urinária Vigiar sinais de desidratação Avaliar as características da eliminação urinária Orientar sobre os riscos de saúde causados pela baixa ingestão hídrica Pesar a paciente

(55,2%), conforme os dados da Tabela 2.

Para os diagnósticos de enfermagem com maior frequência – percentual acima de 50% – foram elaboradas algumas intervenções de enfermagem, segundo o Modelo de Sete Eixos da CIPE® versão 1.0 e utilizou-se como referencial o material instrucional elaborado pela equipe interdisciplinar do PREMMA⁽⁹⁾ (Quadro 1).

DISCUSSÃO

Quanto ao estado civil, verificou-se que mais da metade das mulheres (55,2%) eram casadas, dado que concorda com outro estudo realizado no PREMMA, em 2004, que buscou identificar o perfil das mulheres que participavam do programa de reabilitação⁽¹⁰⁾.

Um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama é idade superior a 35 anos, visto ser uma doença rara em mulheres com idade inferior. Sua incidência predomina na faixa etária entre 40 e 60 anos⁽²⁾. Tais dados estão em consonância com o presente estudo, uma vez que 64,8% das mulheres encontravam-se na faixa etária entre 40 e 59 anos de idade. Além disso, a pesquisa sobre câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos

revelou que no Brasil o acometimento mediano do desenvolvimento de câncer está na faixa de 52 anos de idade⁽¹⁾. O dado é similar ao encontrado nesta pesquisa, em que foi notado que a média de idade verificada na amostra também foi de 52 anos.

O grau de instrução predominante na amostra foi o ensino fundamental incompleto (48,2%), o que revela níveis educacionais baixos. Este dado está em consonância com o estudo realizado, em 2004, no PREMMA que chegou a resultados similares⁽¹⁰⁾.

Com relação à procedência dessas mulheres, observou-se que a maior parte delas (60,7%) relatou residir na Região Metropolitana. Entretanto, percebeu-se que, nas anotações das consultas, muitas relatavam o endereço de onde estavam hospedadas e não do local onde realmente residiam. Além disso, o instrumento de coleta de dados não possui campos para a diferenciação entre o local de residência e o local de moradia atual. Portanto, os dados relacionados ao local de procedência podem não ser fidedignos.

A maioria das mulheres era do lar (34,3%), seguida por domésticas (12,1%) e lavradoras (10,6%). Estes dados mostram que essa população é constituída por mulheres

que têm seus afazeres relacionados sobretudo a cuidados com a família. Como grande parte das mulheres com situação de estresse possuía problemas familiares e financeiros, julgamos que as profissões citadas anteriormente são fatores que podem contribuir para o aumento do nível de estresse dessas mulheres.

Quanto à CIPE®, embora possua uma proposta para unificar as classificações de enfermagem existentes, promovendo uma linguagem em enfermagem que possa ser universalizada e, assim, leve à obtenção de resultados que evidenciem e apoiem a prática clínica da enfermagem, é uma classificação relativamente nova, quando comparada a outras classificações diagnósticas, como o NANDA e, além disso, poucos profissionais de enfermagem a conhecem e sabem utilizá-la corretamente em nosso País. Por tal motivo, foram desenvolvidos poucos estudos, utilizando-a, não sendo encontradas pesquisas sobre a mulher com câncer de mama dentro da área da saúde da mulher⁽¹¹⁻¹²⁾.

Para considerar a importância da CIPE® no desenvolvimento de novos modelos assistenciais, citamos quatro estudos. O primeiro realizado em um complexo hospitalar da rede pública de saúde, na cidade de João Pessoa - PB, na assistência a indivíduos com hanseníase em regime de internação e/ou ambulatorial, no qual foi utilizado a CIPE®- versão Beta 2, para a identificação dos diagnósticos de enfermagem para esses pacientes⁽¹³⁾. Outro estudo, realizado em Campo Grande-MS, foi desenvolvido em dois centros regionais de saúde que verificou as intervenções de enfermagem, para os diagnósticos mais frequentes em ginecologia com base na CIPE®- versão Beta 2⁽¹¹⁾. Ainda outro trabalho buscou a identificação e a classificação das ações de enfermagem com gestantes portadoras de HIV, utilizando a versão Beta 2 em São Paulo - SP⁽¹²⁾. O quarto estudo realizado buscou os termos de linguagem de enfermagem presentes em registros de uma UTI neonatal no Estado da Paraíba e comparou-os aos termos presentes no modelo CIPE® – versão 1.0⁽⁵⁾.

Fazendo o uso da CIPE®, a análise dos dados obtidos revelou que 74,5% das mulheres apresentavam o diagnóstico falta de padrão de exercício, fato esse que pode ter contribuído para o desenvolvimento do câncer de mama. Como se sabe, existem mecanismos pelos quais a atividade física torna-se um fator protetor contra o câncer. Dentre esses mecanismos, pode-se destacar que a atividade física pode inibir a oxidação do DNA, impossibilitando o processo de iniciação da neoplasia, ajuda na inibição da propagação das neoplasias pela estimulação e função das células NK (Natural Killer) e diminui a secreção adicional de insulina, que é um potencial promotor de neoplasia. Além disso, essa prática tende a diminuir os níveis de gordura corporal, já que a obesidade reduz o número de carreadores proteicos responsáveis pela fixação e pelo transporte de estradiol livre, que contribui para o

desenvolvimento de tumores mamários⁽¹⁴⁾.

Cerca de 69,6% das pacientes apresentaram o diagnóstico de autocuidado diminuído algumas vezes. Esse diagnóstico relaciona-se, sobretudo, com a realização de autoexame das mamas (AEM) e do exame Papanicolaou. A realização de tais rastreamentos é fundamental para a prevenção, respectivamente, do câncer de mama e do câncer de colo uterino.

Pela realização do AEM mensal, a mulher passa a conhecer melhor sua anatomia e pode identificar mais precocemente alterações palpáveis em seu tecido mamário⁽⁴⁾. Além disso, as mulheres que não praticam o AEM, geralmente apresentam tumores significativamente maiores em comparação com as que o praticam mensalmente ou menos que uma vez por mês, existindo, portanto, uma relação significativa entre o tumor primário e a presença de linfonodos axilares metastásicos e a menor ou nenhuma frequência de realização do AEM. Em relação ao exame Papanicolaou, sua realização periódica oferece uma oportunidade excelente para a realização do exame clínico das mamas pelo profissional de saúde, além de rastrear o câncer de colo uterino⁽¹⁵⁾.

Quanto ao terceiro diagnóstico mais frequente, de bem-estar psicológico prejudicado, esteve presente em 69,6% das pacientes. As situações estressoras que afetam o estado psicológico de um indivíduo, são capazes de modificar sua resposta imunológica, interferindo de modo significativo no mecanismo de supressão tumoral⁽⁴⁾.

Além disso, pesquisas confirmam que o sistema imune está intimamente ligado aos sistemas neuroendócrino e autônomo, e as respostas frente às situações estressoras para o organismo podem interagir para iniciar, enfraquecer, estimular ou terminar uma resposta imune e, ainda, que os problemas da vida cotidiana possuem maior impacto sobre a saúde do que os eventos mais importantes, pois apresentam um efeito cumulativo com o passar do tempo⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Tal fenômeno foi constatado neste estudo, pois as situações de estresse relatadas pelas pacientes relacionavam-se sobretudo às dificuldades enfrentadas no dia a dia, como problemas familiares (alcoolismo, uso de drogas e brigas familiares) e financeiros.

Identificamos, que 60,7% das mulheres apresentaram conhecimento escolar diminuído (ensino fundamental incompleto e completo). Esses níveis de escolaridade podem ser atribuídos a dois fatos: a baixa condição financeira, e falta de acesso à educação, pois grande parte dessas mulheres reside ou residia quando crianças em áreas rurais onde o ensino escolar era muito deficiente.

Os fatos podem implicar diretamente na qualidade do autocuidado dessas mulheres, pois o déficit de conhecimento e a aprendizagem tornam-se fatores impeditivos para a correta realização do AEM, bem como limitam a procura pelo serviço de saúde diante de

alguma alteração. A afirmação está de acordo com o estudo realizado que evidenciou que o grau de escolaridade influencia na prática do AEM e que o grupo de mulheres com melhor grau de instrução e que conhece o AEM pratica-o de forma mais eficiente⁽¹⁸⁾.

O diagnóstico-padrão alimentar prejudicado esteve presente em 59% dos prontuários, demonstrando que a maioria das pacientes não possuía uma alimentação equilibrada, revelando ingerir grande quantidade de alimentos ricos em gordura. O estrogênio é armazenado no tecido adiposo, e os lipídios ingeridos por meio da alimentação elevam a prolactina hipofisária, aumentando a produção de estrogênio. Como o desenvolvimento de alguns cânceres de mama está relacionado a altas taxas de estrógeno, o consumo de uma dieta rica em gordura torna-se fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer⁽⁴⁾.

O diagnóstico ingestão de líquidos diminuída esteve presente em 55,2% das mulheres que frequentavam o PREMMA. Por meio desse achado, constatou-se que mais da metade das pacientes ingeria menos de dois litros de líquido por dia. A água participa na excreção de metabólitos do organismo, dessa forma, com a ingestão de líquidos diminuída, a nutrição do indivíduo fica dificultada, além de haver a retenção de restos metabólicos. Como se sabe, grande parte das medicações ingeridas é excretada pela urina e, quando é ingerido líquido em quantidade insuficiente as toxinas que seriam excretadas, ficam por maior tempo retidas no organismo, expondo-o de maneira negativa às mesmas⁽¹⁹⁾.

Por se tratar de um estudo retrospectivo baseado em dados de prontuários apresenta algumas limitações. Por exemplo, o instrumento de coleta de dados da consulta de enfermagem do PREMMA mostrou-se incompleto, visto que no mesmo faltava a investigação de itens que melhor caracterizassem as disfunções de saúde das pacientes, como dados sobre autoestima, dor e movimentação do membro homolateral à cirurgia, espaço para descrição do exame físico, entre outros.

Por ser ainda, utilizada por poucos centros de saúde no Brasil, e pelo fato de o PREMMA ser um programa, no qual participam alunos durante sua formação acadêmica e ser de reabilitação, referência no País, sugere-se que aliada à mudança do instrumento de consulta, seja

utilizada a CIPE® para sistematizar a assistência de enfermagem prestada a essas pacientes.

CONCLUSÃO

No que se refere ao perfil das mulheres mastectomizadas, neste estudo observou-se, que a média de idade foi de 52 anos, a maior parte das mulheres era casada, com ensino fundamental incompleto, proveniente da região metropolitana do Espírito Santo e do lar.

Os diagnósticos mais frequentes foram: falta de padrão de exercícios (74,5%), autocuidado diminuído algumas vezes (69,6%), bem-estar psicológico prejudicado (69,6%), conhecimento escolar diminuído (60,7%), padrão alimentar prejudicado (59%) e ingestão de líquidos diminuída (55,2%). Os diagnósticos de enfermagem encontrados não possuem relação exclusiva com o câncer de mama, podendo ser encontrados em clientes com outras alterações de saúde.

A construção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem utilizando a CIPE® foi uma atividade árdua, pois constatou-se a falta de domínio desse referencial e a dificuldade para construir os diagnósticos de enfermagem neste estudo visto que a CIPE® traz definições curtas e simples, porém, algumas vezes, não são muito claras, deixando margem para dúvidas e/ou diferentes interpretações no eixo foco. No eixo julgamento, também se encontrou dificuldade para compreender as definições, pois se mostravam, às vezes, pouco explicativas.

No entanto, cabe ressaltar que o processo de enfermagem é um instrumento essencial para a sistematização da assistência e deve ser sempre utilizado pelos enfermeiros. Por meio da CIPE®, o enfermeiro compartilha uma linguagem específica com os demais profissionais da equipe de saúde, promovendo sua autonomia ao planejar suas ações para o cuidado ao paciente. Portanto, esta prática contribui para o bom desenvolvimento do planejamento da assistência de enfermagem. A CIPE® utiliza métodos práticos para a elaboração do diagnóstico e das intervenções, facilitando a realização do processo de enfermagem e contempla aspectos que não são abordados por outras classificações diagnósticas existentes.

REFERÊNCIAS

1. Pascalicchio JC, Fristachi CE, Baracat FF. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. *Rev Bras Mastologia*. 2001;11(2):71-84.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2007. [citado 2008 Mar 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; c1979.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Albuquerque CC, Nóbrega MML, Garcia TR. Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2008 Jun 09]; 8(3):336-48. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
6. Nóbrega MML, Garcia TR. Terminologias em enfermagem:

- desenvolvimento e perspectivas de incorporação na prática profissional. In: Albuquerque LM, Cubas MR, organizadoras. *Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde*. Curitiba: ABEn; 2005. p. 18-39.
7. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE Versão 1.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor; 2007.
 8. Brasil. Espírito Santo (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. Divisão Regional do Espírito Santo. Microrregiões de planejamento [Internet]. 2001 [citado 2008 Jun 01]. Disponível em: http://www.es.gov.br/site/images/espírito_santo/mapas/amp/ES_Microrregioes.jpg
 9. Moreira LM, Amorim MHC, Barroso R, organizadoras. *Aprendendo a cuidar-se pós mastectomia*. Vitória: UFES e AFECC, 2009.
 10. Boldrini RC, França T. Perfil de mulheres mastectomizadas de um programa de reabilitação em Vitória – ES [monografia]. Vitória: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo; 2004.
 11. Gerk MAS, Barros SMO. Intervenção de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):260-8.
 12. Barros SMO, Vaz MJR, Gerk MAS. Identificação e classificação das ações de enfermagem para gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Einstein*. 2004;2(1):14-9.
 13. França UM. Identificação de diagnósticos de enfermagem da CIPE: versão beta em pacientes com hanseníase. *Rev ADUFPB*. 2000;49-53.
 14. Spínola AV, Manzzo IS, Rocha CM. As relações entre o exercício físico e atividade física e o câncer. *ConScientiae Saúde* [Internet]. 2007 [citado 2008 Jun 03]; 6(1): 39-48. Disponível em: http://portal.uninove.br/marketing/cope/pdfs_revistas/conscientiae_saude/csaude_v6n1/cnsv6n1_3c34.pdf
 15. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(1):21-7.
 16. Amorim MHC. *A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama*. [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
 17. Olympio PCAP, Amorim MHC, Primo CC, Oliveira LS. Intervenção de Enfermagem-Relaxamento e a atividade das células NK em mulheres mastectomizadas submetidas à quimioterapia In: 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: Anais do 13º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 22-25 jun 2005; São Luis. São Luis: ABEn MA; 2005. p.1-5.
 18. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(3):201-5.
 19. Aires MM. *Fisiologia*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.