

## A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da dor

Roberto H. A. de Medeiros<sup>1</sup>, Maria L. T. Nunes<sup>2</sup>,  
Lígia Schermann<sup>3</sup>

*OBJETIVO: A dor é um sintoma de alta ocorrência nos casos de câncer. No câncer de mama, as síndromes dolorosas pós-mastectomia e pós-esvaziamento axilar têm a característica de uma dor neural e chegam a ocorrer em 10% das pacientes, podendo aparecer imediatamente após a cirurgia. Este trabalho traz os primeiros resultados de uma pesquisa em andamento, elaborada para investigar os possíveis efeitos de um procedimento moderno de informação na avaliação da percepção de dor de pacientes submetidas à mastectomia no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*

*MATERIAIS E MÉTODOS: Uma amostra de 22 pacientes foi estudada segundo o delineamento experimental clássico, com dois grupos. O vídeo de informação foi apresentado no período pré-operatório apenas ao grupo experimental. Ambos os grupos foram avaliados em termos de dor, através do Questionário de McGill e da Escala Análogo-Visual de Dor.*

*RESULTADOS: Os resultados revelaram tendências de maior avaliação da dor pós-operatória no grupo controle em comparação ao grupo experimental, em ambos os testes. Em algumas subescalas do Questionário de McGill houve aumento significativo dos escores de dor após a cirurgia no grupo controle.*

*CONCLUSÕES: Esses achados parecem indicar a utilidade do vídeo de informação com vistas ao bem-estar das pacientes. Sugere-se, entretanto, o aumento da amostra da pesquisa para a melhor avaliação das tendências encontradas.*

*Unitermos: Neoplasias mamárias/psicologia; mastectomia; dor; vídeos educativos; assistência paliativa.*

### **The influence of an informational video for mastectomy patients: a study on pain**

*OBJECTIVE: Pain is a high incidence symptom in cancer patients. In cases of breast cancer, the post mastectomy and post axillary curettage pain syndromes present the characteristic of neural pain and can occur in 10% of patients shortly after surgery. This paper presents the preliminary results of an ongoing research aimed at investigating the possible effects of a modern procedure of information, which used in the evaluation of perception of pain in mastectomy patients at the Mastectomy Center of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, southern Brazil.*

---

<sup>1</sup> Clínica de Atendimento Psicológico, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Rua Engenheiro Vespúcio de Abreu 36/32, CEP 90040-330, Porto Alegre, RS, Brazil. Fone: +55-51-9998-7594, e-mail: robertoh@poa-bom.yazigi.com.br

<sup>2</sup> Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica/RS.

<sup>3</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil.

*MATERIALS AND METHODS: A sample of 22 patients was studied according to the classical experimental design with two groups. An informational video was shown to the experimental group in the pre-surgery period. Both groups were evaluated using the McGill Pain Questionnaire and the Visual Analogue Scale pain score.*

*RESULTS: Results indicated a tendency to reports of more post-surgical pain in the control group in both tests. In some of the subscales of the McGill Questionnaire there were significantly higher scores of post-surgical pain in the control group.*

*CONCLUSIONS: Our findings seem to indicate the benefits of using informational videos with the objective of improving the well-being of patients. However, further studies should be carried out with larger population samples in order to better evaluate the trends observed in this study.*

*Key-words: Breast neoplasm/psychology; mastectomy; pain; informational videos; palliative care.*

Revista HCPA 2001;21(2):140-150

## Introdução

A maioria dos tumores da mama é encontrada pelas próprias pacientes. Como os nódulos são identificados por acaso, estão muitas vezes desenvolvidos há algum tempo e, com isso, as possibilidades de tratamento diminuem. Por motivos como esse, o número de casos catalogados nos estádios iniciais da doença é reduzido, tornando a mastectomia com linfadenectomia axilar uma intervenção freqüente (comunicação pessoal, feita pela equipe do Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre).

É corriqueiro o conhecimento de que níveis elevados de angústia trazem conseqüências negativas para o processo de cura de qualquer enfermidade (1). Se a terapêutica a que determinado paciente deve se submeter constituir procedimento invasivo, como é o caso da cirurgia, esses níveis de angústia tendem a aumentar consideravelmente, trazendo efeitos indesejáveis ao tratamento (2-5).

A ciência psicológica nos ensina que os pacientes demandam não apenas serem vistos e examinados, como também escutados e entendidos na sua linguagem oculta. O atendimento às demandas psíquicas faz com que eles se percebam melhor, participem de modo efetivo e produtivo na sua melhora e no

uso de seu potencial, colaborando, assim, com os profissionais que os atendem (6).

Nessas condições, os estudos na área do bem-estar psicológico podem contribuir para o auxílio no tratamento de pacientes que necessitam de internação hospitalar para a realização de uma cirurgia, como é o caso da mastectomia.

O bem-estar é estabelecido como o resultado da combinação de uma série de fatores: demográficos, biológicos e de cunho social. Esses fatores podem ser tanto de ordem somática como psíquica e, em alguns casos, até mesmo possuir um caráter psicossomático (7).

Segundo os modernos estudos na área, a ansiedade, a depressão e a dor compreendem os fatores mais influentes no sentimento de bem-estar dos indivíduos. É recomendável, portanto, a verificação desses aspectos para uma melhor compreensão, diagnóstico e tratamento da questão do bem-estar em pacientes cirúrgicos (1,8-16).

A dor é um sintoma de alta ocorrência nos casos de câncer, sendo relatada em cerca de 80% dos casos. Especialmente no câncer de mama, as síndromes dolorosas pós-mastectomia e pós-esvaziamento axilar têm a característica de uma dor neural e chegam a ocorrer em 10% das pacientes, podendo aparecer imediatamente após à cirurgia (17).

No delineamento de estudos envolvendo pacientes cirúrgicos, além de ansiedade e depressão, a dor se configura em uma variável essencial, devido ao caráter doloroso dos procedimentos e à própria representação psicológica do ato cirúrgico como algo agressivo. Além disso, pacientes com dor crônica podem permanecer com altos níveis de depressão e ansiedade mesmo um ano após a cirurgia (8,16).

Cuidados psicológicos são de extrema importância quando se trata de uma doença de alta incidência e morbidade como o câncer de mama. Esta patologia demanda um tempo prolongado de tratamento, exames diagnósticos e de controle, até chegar à cirurgia. Horne et al. (2) indicam que pacientes submetidos a procedimento médico invasivo requerem maior atenção quanto ao que acreditam estar ocorrendo, quanto ao que pensam sobre a necessidade da operação e seus conhecimentos sobre a mesma, bem como quanto às suas habilidades em decodificar para si próprios as informações que recebem.

Breemhaar et al. (18), em um estudo que acompanhava pacientes desde a admissão no hospital até a sua saída, constatou neles a presença de problemas emocionais devido ao medo da cirurgia e da anestesia e devido à falta de informação sobre detalhes médicos, funções dos profissionais do hospital e sobre o final do tratamento. Segundo o autor, a principal causa desses problemas residiu na inadequação do método de prestação de informações na instituição hospitalar. Conclusões semelhantes foram produzidas através de uma análise da comunicação entre cirurgiões e seus pacientes durante consultas de rotina (19).

Glanz (20) afirma que mais de 25% das mulheres passam a sofrer alguma morbidade psicológica após o diagnóstico de câncer no seio ou durante o tratamento específico. Experimentos atuais têm afirmado índices ainda maiores desse fenômeno, atingindo cerca de 60% dos casos (21). A melhora de pacientes que recebem maior atenção durante o tratamento hospitalar ocorre não só durante o pós-operatório como também se faz presente na diminuição da recorrência da doença ou da necessidade de novos cuidados (22).

Frente às condições alarmantes de

incidência, sobrevivência e mortalidade subjacentes ao câncer de mama, principalmente em nosso contexto social, parece pertinente a tentativa de auxiliar, através da informação, na melhoria das condições de bem-estar das mulheres que se defrontam com essa doença.

O presente trabalho foi elaborado com o intuito de investigar os possíveis efeitos de um procedimento de informação na avaliação da percepção de dor de pacientes submetidas à mastectomia no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O procedimento foi realizado através da apresentação de um vídeo informativo previamente à cirurgia. Testes administrados antes e depois do ato cirúrgico garantiram a verificação e o estudo de um dos principais aspectos influentes no sentimento de bem-estar, ou seja, a dor. Este trabalho traz os primeiros resultados de uma pesquisa em andamento que procurará verificar o tipo de influência que o procedimento de informação adicional já citado tem sobre o bem-estar psicológico de pacientes portadoras de câncer de mama. Além da dor, o estudo mais amplo incluirá as variáveis ansiedade e depressão.

## **Materiais e métodos**

### ***Amostra***

A investigação foi realizada com 22 pacientes do Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), internadas no período de julho a novembro de 2000 para a realização de mastectomia, com idades variando de 39 a 77 anos e que concordaram em participar da pesquisa voluntariamente e nas condições especificadas no termo de consentimento informado. Não foram incluídas na amostra pacientes que apresentassem histórico de enfermidade psíquica grave, que já tivessem realizado uma mastectomia anterior ou que fossem analfabetas.

### ***Instrumentos***

#### **Ficha de identificação**

Ficha de dados de identificação que contém informações como nome completo,

estado civil, idade, escolaridade, ocupação, renda familiar e número de filhos. Dados provenientes dos prontuários foram utilizados como fonte de informação sobre as condições de saúde e o histórico médico das pacientes, tendo em vista os critérios de exclusão adotados.

**Escala análogo-visual de dor**

As escalas análogo-visuais são amplamente utilizadas como instrumento de medida em diferentes áreas de pesquisa. A utilização das escalas de dor é bastante freqüente nos estudos com pacientes cirúrgicos, devido a sua facilidade de aplicação e compreensão por parte dos sujeitos. A escala análogo-visual de dor consiste de uma linha de 10 cm no papel do protocolo, contendo o número zero na extremidade esquerda e o número 10 na outra extremidade, onde o sujeito deve marcar a posição que melhor indique o grau de sua dor. Estudos que comprovam a validade da escala análogo-visual através da comparação com outros métodos de avaliação da dor sugerem considerar como dor moderada pontuações acima de 30 mm, e como dor severa, acima de 54 mm (23).

**Questionário de McGill**

O questionário de McGill é utilizado para a avaliação da dor pós-operatória. Além das escalas análogo-visuais, este é um dos instrumentos mais conhecidos e utilizados na avaliação clínica da dor nos casos de câncer de mama (17, 24). O teste possui 4 subescalas de dor: sensível, afetiva, avaliativa e miscelânea. Obtém-se uma pontuação total do questionário através do somatório das subescalas. Os instrumentos para a avaliação de bem-estar, ansiedade, depressão foram, respectivamente, EBP (25); IDATE (26); BDI (27). O Questionário Suporte (28), foi utilizado para verificação de fatores moderados de influência no bem-estar.

**Procedimento de coleta dos dados**

As 22 pacientes pesquisadas foram divididas em dois grupos: observados os critérios de exclusão, as primeiras 11 pacientes internadas durante o período da coleta de dados compuseram o grupo experimental, e as 11 pacientes seguintes, o grupo de controle. Todos os sujeitos da amostra, após assinarem o termo de consentimento pós-informado, completaram a ficha de dados de identificação, os inventários

**Tabela 1.** Procedimentos correspondentes ao delineamento experimental clássico antes-depois com dois grupos

	Pré-mastectomia	Intervenção	Pós-mastectomia
Grupo experimental	IDATE (Traço e Estado)  Questionário de McGill (treino)  BDI	Vídeo de informação adicional	EBP (bem-estar psicológico) Questionário de McGill e escala análogo visual de dor  IDATE (Estado)  Questionário suporte
Grupo controle	IDATE (Traço e Estado)  Questionário de McGill (treino)  BDI	Vídeo ausente	EBP (bem-estar psicológico) Questionário de McGill e escala análogo visual de dor  IDATE (Estado)  Questionário suporte

de ansiedade (IDATE) e depressão (BID) e o treino do questionário de McGill (esse procedimento tem por função facilitar a aplicação do questionário na situação de teste). Somente ao grupo experimental foi apresentado o vídeo de informação adicional. A escala de bem-estar EBP, a escala análogo-visual de dor, o questionário de McGill (situação de teste) e o questionário suporte foram aplicados posteriormente à cirurgia, em ambos os grupos. Esses procedimentos, correspondentes ao delineamento experimental clássico antes-depois com dois grupos (29), podem ser melhor visualizados na tabela 1.

#### **Vídeo de informação adicional (preparação do instrumento)**

Vídeo em formato VHS, concebido, filmado e dirigido pelo próprio pesquisador, com duração aproximada de 30 minutos, contendo informações que procuram reconstituir a rotina da semana de internação da paciente no HCPA para a realização da mastectomia, além de outras informações importantes sobre os procedimentos e cuidados a serem tomados no pós-operatório.

O vídeo foi estruturado a partir de informações verbais de profissionais de saúde, atuantes diretos no tratamento e prevenção ao câncer de mama, dentre eles enfermeiras e médicos anestesistas, mastologistas e cirurgiões (30).

O critério principal para a estruturação do vídeo foi o de compilar imagens e depoimentos que pudessem trazer auxílio para que as pacientes se situassem melhor em relação aos acontecimentos e às especificidades subjacentes à internação. Portanto, as imagens do espaço físico do hospital corresponderiam o máximo possível às reais dependências que seriam utilizadas pelas pacientes ou pelas quais as mesmas transitariam, ao passo que os depoimentos deveriam ser aqueles cujo conteúdo apresentasse informações habitualmente não concedidas nos procedimentos usuais.

Cada profissional que participou do vídeo - cirurgião, enfermeira, anestesista - foi convidado a falar sobre vários tópicos propostos pelo pesquisador, tendo por locação da entrevista o próprio ambiente hospitalar, estando todos eles

vestidos com seus respectivos uniformes de trabalho. A entrevista com a chefe do serviço de voluntárias e os depoimentos de duas ex-pacientes foram filmados na sala do grupo de apoio durante a reunião semanal do referido grupo. Este procedimento permitiu que o vídeo se aproximasse ainda mais da atmosfera inerente ao hospital e aos procedimentos que nele tomam lugar.

O próximo passo foi a elaboração do roteiro do vídeo a partir do material selecionado. O primeiro formato do vídeo consistia de 20 cenas que compunham um total de 8 partes e 7 narrações. Esse primeiro formato, após edição realizada em processo digital através de *software* apropriado, resultou em aproximadamente 40 minutos de duração. A segunda edição do material excluiu 5 narrações e algumas falas consideradas repetitivas ou pouco elucidantes, resultando no formato final do vídeo com 20 cenas divididas em 8 partes e cerca de 30 minutos de duração.

## **Resultados**

Os resultados apresentados a seguir referem-se apenas à aplicação do questionário e da escala de dor. Os dados sócio-demográficos, bem como alguns resultados iniciais referentes à ansiedade e depressão, serão discutidos posteriormente.

### ***Caracterização das participantes***

As 22 pacientes participantes foram estudadas segundo seus dados demográficos obtidos através da ficha de identificação. As frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão, bem como a comparação dos dados demográficos entre os grupos experimental e controle encontram-se na tabela 2.

### ***Estudo da dor - escores da escala análogo-visual de dor***

As médias e desvios-padrão deste escore, obtidos em ambos os grupos, encontram-se na tabela 3. A figura 1 ilustra a diferença entre os grupos. A categorização a partir das pontuações em níveis de dor leve, dor moderada e dor severa é apresentada na tabela 4.

**Tabela 2.** Comparação entre os grupos, freqüências, porcentagens, médias e desvios-padrão dos dados demográficos

Dados demográficos		Grupo experimental (n = 11)		Grupo controle (n = 11)		z	P
		f	%	f	%		
Estado civil	casada	4	36,4	6	54,5	- 0,662	0,508
	solteira	3	27,3	2	18,2		
	viúva	2	18,2	1	9,1		
	divorciada	2	18,2	2	18,2		
	alfabetizada	1	9,1	1	9,1		
Grau de instrução	1o. grau inc.	3	27,3	4	36,4	-0,170	0,865
	1º grau	2	18,2	4	36,4		
	2o. grau	4	36,4	1	9,1		
	Superior inc.	1	9,1	1	9,1		
Renda familiar	Classe baixa	5	45,5	6	54,5	-0,186	0,853
	média baixa	6	54,5	4	36,4		
	média alta	0	-	1	9,1		
Idade		x	s	x	s	t	P
		49,27	9,84	53,19	13,46	1,587	0,456

ÑS : não houve evidências de diferenças significativas.

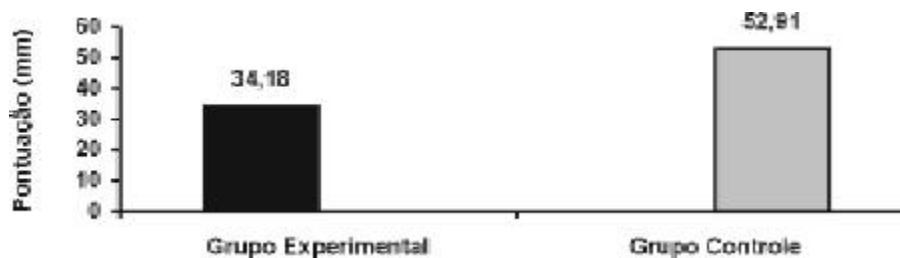
**Comparação das pontuações do questionário de McGill entre os grupos**

O coeficiente de Cronbach para este questionário foi de  $\alpha = 0,79$  na presente pesquisa. Na comparação entre os grupos experimental e controle em relação a cada sub-escala, bem como à pontuação total, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (U) (tabela 5).

Observa-se, na figura 2, a comparação das pontuações do grupo experimental em relação ao grupo controle.

**Comparação treino-teste**

Os dados referentes ao treino do questionário de McGill, realizado previamente à cirurgia admitindo-se uma situação dolorosa hipotética, foram aproveitados no sentido de investigar a variação das pontuações do treino para o teste em si, entre as pacientes de um mesmo grupo. Utilizou-se o teste não-paramétrico de Wilcoxon (tabela 6).



**Figura 1.** Comparação entre as médias dos escores de dor dos grupos experimental e controle.

**Tabela 3.** Médias e desvios-padrão do escore de dor da escala análogo-visual em ambos os grupos

DOR	grupo experimental		grupo controle		t	P
	x	s	x	s		
	34,18	29,70	52,91	23,79	0,264	0,118

## Resultados

A característica da amostra em ambos os grupos revelou homogeneidade no que diz respeito aos dados demográficos pesquisados: idade, renda familiar, estado civil e grau de instrução foram equivalentes na comparação entre os dois grupos. O perfil mais freqüente das pacientes da amostra pode ser definido genericamente como o de uma mulher de aproximadamente 51 anos, casada, com uma prole de dois a três filhos, do lar, cuja formação atinge o 1º Grau completo ou ainda por completar, pertencente à renda baixa ou à renda média baixa (tabela 2). Os resultados da testagem referente às variáveis de controle - ansiedade e depressão - revelaram a homogeneidade de ambos os grupos também nesses aspectos. A soma desses resultados pré-operatórios garantiu um bom controle das variáveis intervenientes.

De acordo com a categorização obtida através da escala análogo-visual, as medidas em ambos os grupos (tabela 3) correspondem à uma intensidade de dor moderada - faixa de

31 mm a 54 mm (23). No entanto, a média dos escores obtidos pelos pacientes do grupo controle (53 mm) atingiu um valor bastante próximo do que é avaliado pela escala como dor severa (acima de 54 mm), enquanto o escore médio do grupo experimental (34 mm) está próximo do ponto de corte para dor moderada (acima de 30 mm) (figura 1). A análise estatística destes resultados não revelou significância, porém o  $P = 0,118$  chama atenção como uma possível tendência à significância dessa diferença na avaliação da dor entre os grupos, a ser melhor verificada futuramente, com maior número de sujeitos. É importante observar que, embora a categorização em termos de dor não tenha revelado diferenças significativas entre os grupos, o grupo experimental atingiu maior freqüência de pacientes na categoria de dor leve, ao passo que a concentração das pacientes do grupo controle se dá na categoria de dor severa, após a cirurgia, conforme mostra a tabela 4.

O teste de dor realizado com o questionário de McGill não trouxe nenhuma diferença significativa na comparação das

**Tabela 4.** Comparação das freqüências e porcentagens das categorias de dor da escala análogo-visual entre os grupos experimental e de controle

Categorias	Grupo experimental (n = 11)		Grupo controle (n = 11)		$\chi^2$	P
	f	%	f	%		
Leve	7	63,6	3	27,3	1,727	0,422
Moderada	2	18,2	3	27,3		
Severa	2	18,2	5	45,5		

Tabela 5. Mean ranks das subescalas de dor do questionário McGill em cada grupo

McGILL (Dor)	Grupo experimental (n = 11)	Grupo controle (n = 11)	z	P
	Mean Rank	Mean Rank		
Sensível	10,14	12,86	-0,987	0,324
Afetiva	10,95	12,05	-0,432	0,666
Avaliativa	10,41	12,59	-0,846	0,397
Miscelânea	9,95	13,05	-1,124	0,261
Escore total	10,05	12,95	-1,052	0,293

pontuações dos grupos (tabela 5), embora se tenha observado escores ligeiramente superiores de dor no grupo controle (figura 2). Porém, a comparação do treino de aplicação do questionário – realizado previamente à cirurgia – com o teste pós-cirúrgico, mostrou tendências de diferenças estatisticamente significativas nas sub-escalas de dor sensível (relativa às propriedades mecânicas, térmicas e espaciais da dor),  $P = 0,061$  e dor miscelânea (relativa a propriedades suplementares da dor),  $P = 0,090$ . Na subescala de dor avaliativa (que permite a avaliação global da experiência dolorosa), bem como no escore total do questionário, foi atingida a significância estatística na comparação do treino para o teste no grupo controle ( $P = 0,041$  e  $P = 0,056$ , respectivamente), ou seja, houve aumento dos escores de dor na situação de teste - após a cirurgia – (tabela 6). Cabe lembrar que não houve diferença significativa dos escores na situação pré-operatória de treino na comparação entre ambos os grupos ( $z = 0,460$ ;  $P = 0,652$ ). Isso parece demonstrar um aumento da percepção da dor pós-operatória descrito pelas pacientes do grupo controle. A variação ocorrida no grupo experimental não chegou a atingir níveis estatísticos de significância. Houve uma boa correlação entre a escala análogo-visual e o questionário de McGill, tendo atingido níveis significativos ( $r_s = 0,514$ ;  $P = 0,014$ ).

As evidências provenientes dos testes realizados após a cirurgia levam a algumas considerações. Os resultados comentados há pouco demonstraram que as medidas

realizadas após a cirurgia indicaram índices mais elevados de dor no grupo controle e que a comparação do treino com o teste pós-cirúrgico, feito através do questionário de McGill, revelou um aumento dos índices de dor no mesmo grupo, associado, ainda, a uma diminuição no grupo experimental, não obstante o reduzido tamanho da amostra. Dessa forma, parece aconselhável o aumento do tamanho da amostra para que mais luz seja lançada sobre a questão e que se possa chegar a conclusões mais sólidas.

A preocupação na área da saúde tem sido direcionada nos últimos tempos nem tanto à cura de doenças, mas à sua profilaxia. Isso não se dá apenas devido a fatores de bem-estar social, mas também àqueles de ordem econômica. Uma população com altos índices de adoecimento pode causar grandes prejuízos aos cofres públicos, situação que se agrava em países com menos recursos alocados para a saúde como o Brasil. Mas a busca por melhores condições de atendimento das demandas de saúde da população supõe avanços no conhecimento sobre os aspectos inerentes ao problema. Esses avanços não se restringem à tecnologia ou à bioquímica, mas se fazem necessários igualmente na compreensão e acolhimento de aspectos emocionais e subjetivos do adoecer.

Segundo a literatura, a dor, além da assiduidade nos casos de câncer, representa um fator importante para o sentimento de mal-estar das pessoas, assim como nos casos de pacientes cirúrgicos (8, 17). Sob esse aspecto, os primeiros resultados desta pesquisa são



Tabela 6. Comparação do treino com o teste do questionário de dor McGill nos grupos experimental e controle

McGILL (Dor)	Grupo experimental (n = 11)		Grupo controle (n = 11)	
	z	P	z	P
Sensível	-1,074	0,283	-1,870	0,061
Afetiva	-0,108	0,914	-0,355	0,722
Avaliativa	-1,186	0,236	-2,047	0,041 <sup>a</sup>
Miscelânea	-0,154	0,878	-1,695	0,090
Escore total	-1,023	0,306	-1,913	0,056

<sup>a</sup>P ≤ 0,05.

animadores, ao passo que indicam que o procedimento de informação pode se tornar elemento valioso na melhora da condição de aspectos que envolvem o bem-estar das pacientes mastectomizadas.

A necessidade do atendimento multidisciplinar às demandas de informações das pacientes pode trazer problemas de ordem prática. Parece ser impossível, no contexto do serviço hospitalar, organizar um procedimento completo de informações a partir da mobilização simultânea de todo o grupo de profissionais responsável pelo cuidado das pacientes. As informações obtidas através das consultas prévias à cirurgia e as recebidas durante a internação acabam constituindo um

material fragmentado e, portanto, de difícil compreensão global por parte das pacientes.

Dentre as soluções possíveis para esse problema está a utilização de recursos audiovisuais. Um dos recursos bastante acessíveis modernamente é o vídeo. Estudos comprovam que cerca de 95% da aprendizagem do ser humano se dá por meio do ouvido e da visão associados, assim como conteúdos audiovisuais tendem a ser mais facilmente memorizados e retidos do que se fossem apenas vistos ou escutados em separado (31).

Na última década, pesquisas que buscam novos procedimentos na área clínica têm obtido bons resultados com a utilização do

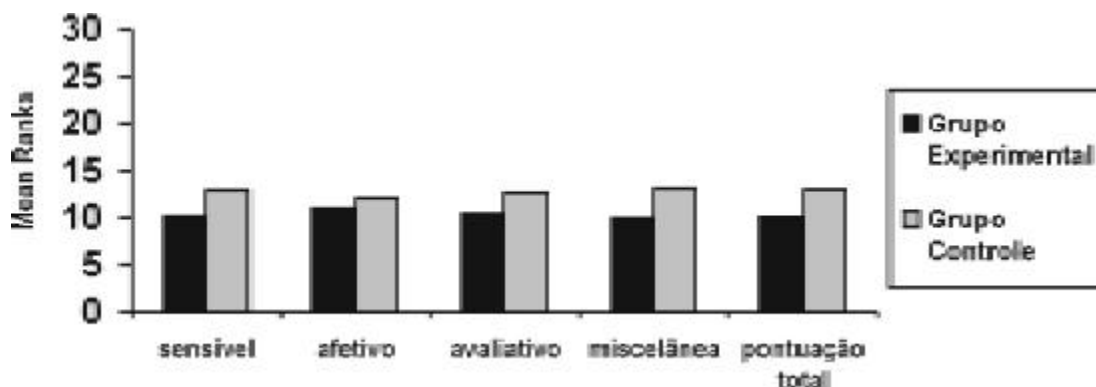


Figura 2. Comparação dos *mean ranks* do questionário McGill entre os grupos experimental e controle.

vídeo como auxiliar em tratamentos psicoterápicos, ressaltando a característica motivadora dessa tecnologia (32). Nesse sentido, parece ser útil a investigação dos efeitos de um procedimento que utiliza uma tecnologia moderna como a do vídeo, como alternativa de trabalho com pacientes cirúrgicos.

### Limitações do estudo

Devido ao tamanho reduzido da amostra, é necessário que os resultados sejam entendidos com restrição, o que traz algumas implicações à significância estatística dos resultados. E, em segundo lugar, que todas as conclusões tiradas a partir deles só serão válidas para a amostra pesquisada. No entanto, as tendências e significâncias estatísticas, atingidas mesmo com o número reduzido de casos, indicam a validade e pertinência do processo de aumento da amostra para que as conclusões se tornem mais confiáveis.

### Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a cooperação e disponibilidade de toda equipe do Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### Referências

1. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer: psychiatry and medical care gear up for managed care. *Psychosomatics* 1999;40(1):64-9.
2. Horne DJ de L, Vatmanidis P, Careri A. Preparing patients for invasive medical and surgical procedures: adding behavioral and cognitive interventions. *Behav Med* 1994;20(1):5-13.
3. Clewes JL, Endler NS. State-trait anxiety and the experience of elective surgery in children. *Can J Behav Sci* 1994;26(2):183-98.
4. Nuñez RN, Sanabria RM, Guerrero FR, Sanchez EB. Metodos de valoración del dolor postoperatorio en el niño. *Cir Pediatr* 1991;4(2):60-5.
5. Heywood PL, Blackie GC, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract* 1998;15(3):198-204.
6. Campos TCP. Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU; 1995.
7. Fernández-Ríos L. Manual de psicologia preventiva: teoría y práctica. México: Siglo Veintiuno de España; 1994.
8. Thomas T, Robinson C, Champion D, Mckell M, Pell M. Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management. *Pain* 1998;75(2-3):177-85.
9. Wallis BJ, Lord SM, Bogduk N. Resolution of psychological distress of whiplash patients following treatment by radiofrequency neurotomy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain* 1997;73(1):15-22.
10. Page SA, Verhoef MJ, Emes CG. Quality of life, bypass surgery and the elderly. *Can J Cardiol* 1995;11(9):777-82.
11. Kuecukdeveci AA, Tennant A, Hardo P, Chamberlain MA. Sleep problems in stroke patients: relationship with shoulder pain. *Clin Rehabil* 1996;10(2):166-72.
12. Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish Multidisciplinary Pain Center. *Pain* 1997;73(3):393-400.
13. Farragher B. Psychiatric morbidity following the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Ir J Med Sci* 1998;167(3):166-9.
14. Morasso G. Screening adjustment disorders related to mastectomy and its treatment. *New Trends In Exp Clin Psychiatr* 1997;13(1):90-3.
15. O'mahoney JM, Carroll RA. The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *J Clin Psychol Med Settings* 1997;4(4):397-415.
16. Tasmuth T, Estlanderb AM, Kalso E. Effect of present pain and mood on the memory of past postoperative pain in women treated surgically for breast cancer. *Pain* 1996;68(2-3):343-7.
17. Baseggio DL, org. Câncer de mama: abordagens multidisciplinares. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 352-5.
18. Breemhaar B, Van Den Borne HW, Mullen PD. Inadequacies of surgical and patient education. *Patient Educ Couns* 1996;28(1):31-44.
19. Levinson W, Chaumeton N. Communication between surgeons and patients in routine office visits. *Surgery* 1999;125(2):127-34.

20. Glanz K, Lerman C. Psychosocial impact of breast cancer: a critical review. *Ann Behav Med* 1992;14(3):204-12.
21. Brum AFM, Chem RC, Peres LM, Magalhães MA. Repercussões psicológicas frente ao manejo cirúrgico do câncer de mama: uma revisão. *Rev AMRIGS* 1997;41(2):79-83.
22. Appels A, Bar F, Lasker J, Flamm U, Kop W. The effect of a psychological intervention program on the risk of a new coronary event after angioplasty: a feasibility study. *J Psychosom Res* 1997;43(2):209-17.
23. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue scale: what is moderate pain in millimeters? *Pain* 1997;72(1-2):95-7.
24. Kashikar-Zuck S, Keefe FJ, Kornguth P, Beaupre P, Holzberg A, DeLong D. Pain coping and the experience during mammography: a preliminary study. *Pain* 1997;73(2):165-72.
25. Sarriera JC. Escala de Bem-estar Psicológico (EBP). Porto Alegre: Faculdade de Psicologia da PUCRS; 2000.
26. Biaggio AMB, Natalício L. Inventário de ansiedade traço-estado - IDATE. Manual. Rio de Janeiro: Psicologia Aplicada; 1979.
27. Cunha JA, Prieb RGG, Touguinha LA, et al. Depressão em universitários da PUCRS (uma pesquisa em andamento). *Psico* 1996;27(2):97-109.
28. Medeiros RHA, Schermann LB. Questionário Suporte. 1999. Não publicado.
29. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Potuin L, Denis J-L, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa: definição estrutura e financiamento. 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco;1997.
30. Medeiros RHA de. Vídeo de informação adicional [vídeocassete]. Porto Alegre (RS); 2000.
31. Ferrés J. Vídeo e educação. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
32. Maggi A. Intervenção psicológica com pais de crianças portadoras de fissuras labiais e/ou palatais [tese]. Porto Alegre (RS): PUCRS; 1999.