

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção em Enfermagem
Oncológica
Relatório de Estágio

**+ Mulher: cuidados de suporte no peri-operatório da
mulher com cancro de mama – intervenção de
enfermagem especializada**

Carolina Ferreira de Almeida

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção em Enfermagem
Oncológica

Relatório de Estágio

**+ Mulher: cuidados de suporte no peri-operatório da
mulher com cancro de mama – intervenção de
enfermagem especializada**

Carolina Ferreira de Almeida

Orientador: Professor Doutor Óscar Ferreira

Lisboa

2018

*“Conditions that may influence the quality of the transition experience
and the consequences of transitions are meanings,
expectations, level of knowledge and skill, environment, level of planning, and
emotional and physical well-being”
(Schumacher & Meleis, 2010, pg. 38)*

Este trabalho é resultado de um estímulo profissional e pessoal.
Deste modo não poderia deixar de reconhecer a ajuda e apoio da instituição e
da equipa ao qual pertencia.
Ao professor Óscar pela sua disponibilidade durante todo este processo.
Aos orientadores e respetivas equipas pela paciência e
generosidade demonstradas.
A toda a família e amigos pelo incentivo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral de Saúde

EONS – European Oncology Nursing Society

ESMO – European Society for Medical Oncology

EUSOMA – European Society of Breast Cancer Specialists

MASCC – Multinational Association of Supportive Care in Cancer

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC – População; Conceito; Contexto

RON – Registo Oncológico Nacional

RESUMO

O cancro da mama é uma doença complexa que tem vindo a ter um aumento nas taxas de sobrevivência desde os últimos 20 anos. Muitos destes resultados devem-se à inovação dos tratamentos, ao aumento do número de rastreios e da abordagem e gestão das equipas multidisciplinares.

O enfermeiro especialista em cancro de mama tem um papel preponderante nestas equipas. Assim, é necessário que estes enfermeiros desenvolvam competências específicas e direcionadas para estes doentes, para deste modo prestarem cuidados de suporte eficientes, ajudando-os a lidar com o impacto da doença na sua qualidade de vida.

A implementação do protocolo de articulação da unidade de mama com as unidades de internamento surge como algo urgente para a continuidade de cuidados. Este protocolo acarreta diversas intervenções tendo em vista a efetividade dos cuidados prestados e a satisfação dos doentes durante o peri-operatório.

Este relatório de estágio tem como finalidade demonstrar o percurso realizado durante a implementação destas intervenções, nomeadamente a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, de mestre e das recomendadas pela European Oncology Nursing Society. A sua elaboração contemplou a *scoping review* enquanto linha orientadora para as restantes intervenções e os diversos ensinamentos clínicos percursos de competências científico-técnicas e relacionais.

Com este percurso foi possível desenvolver competências para identificar necessidades da mulher com cancro de mama, capacitá-las durante a sua reabilitação e estabelecer intervenções de enfermagem de suporte, assim como sensibilizar e envolver a equipa de enfermagem para estas mesmas intervenções em articulação com a unidade de mama. Toda esta gestão centrada nas doentes e suas famílias como preparação para a alta.

Palavras-chave: Cancro de mama; cirurgia por cancro de mama; peri-operatório; cuidados de enfermagem especializados; cuidados de suporte

ABSTRACT

Breast cancer is a complex disease that has been experiencing an increase in survival rates since the last 20 years. Many of these results are due to the innovation of the treatments, the increase in the number of screenings and the approach and management of the multidisciplinary teams.

The specialist breast cancer nurse has a leading role in these teams. It is therefore necessary for these nurses to develop specific and targeted skills for these patients, thereby providing efficient supportive care, helping them cope with the impact of the disease on their quality of life.

The implementation of the protocol of articulation of the breast unit with the inpatient units emerges as something urgent for the continuity of care. This protocol entails several interventions in view of the effectiveness of the care provided and patient satisfaction during the perioperative period.

This clinical report aims to demonstrate the course taken during the implementation of these interventions, namely the acquisition of common skills of the specialist nurse and specific nurse specialist in a person in chronic and palliative situation, master and those recommended by European Oncology Nursing Society. Its elaboration contemplated the scoping review as a guideline for the other interventions and the diverse clinical teachings precursors of scientific-technical and relational competences.

With this course, it was possible to develop skills to identify the needs of women with breast cancer, to train them during their rehabilitation and to establish support nursing interventions, as well as to sensitize and involve the nursing team for these same interventions in articulation with the breast unit. All this management focused on patients and their families in preparation for discharge.

Keywords: Breast cancer; breast cancer surgery; perioperative; specialized nursing care; support care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1.EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	27
1.1 Ensino clínico na Unidade Mama [REDACTED]	28
1.2 Ensino clínico na Unidade Mama [REDACTED]	36
1.3 Ensino Clínico na Unidade de Internamento Geral do Piso 4 do [REDACTED] - implementação do projeto	45
2. AVALIAÇÃO	52
2.1 Pontos fortes e fracos	52
2.2 Contribuição do projeto +Mulher para a melhoria da qualidade dos cuidados	53
CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	
ANEXOS	

Lista de Apêndices

- Apêndice** 1. Questionário dicotômico aplicado nas unidades de internamento e análise dos resultados
- Apêndice** 2. Resumo da *Scoping Review*
- Apêndice** 3. Cronograma de atividades do estágio no primeiro ensino clínico (estágio A)
- Apêndice** 4. *Check-List* “Sentimentos/emoções e estratégias de *coping* das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama”
- Apêndice** 5. Reflexão Crítica: “A intervenção do enfermeiro especialista numa unidade mama”
- Apêndice** 6. Cronograma de atividades do estágio do segundo ensino clínico (estágio B)
- Apêndice** 7. Estudo caso a uma mulher diagnosticada com carcinoma da mama “Tenho cancro de mama, e agora?” no estágio B
- Apêndice** 8. Cronograma de atividades do terceiro ensino clínico (estágio C)
- Apêndice** 9. Plano da sessão de formação “Unidade Mama”
- Apêndice** 10. Sessão de formação “Unidade Mama”
- Apêndice** 11. Questionário de avaliação da sessão de formação no estágio C e análise
- Apêndice** 12. Guia de Boas Práticas “+ Mulher: cuidados de suporte no pré e pós-operatório da mulher com cancro de mama”
- Apêndice** 13. Protocolo de articulação
- Apêndice** 14. Folheto “Cuidados pós-operatórios – cirurgia mamária”
- Apêndice** 15. Autorização da utilização do título “+Mulher”
- Apêndice** 16. Autorização da utilização da Imagem de capa para projeto
- Apêndice** 17. Competências de enfermagem desenvolvidas nos estágios
- Apêndice** 18. Registo de avaliação do estágio nos três ensinos clínicos

Lista de Anexos

- Anexo** 1. Procedimento geral de preparação para a alta após cirurgia mamária
- Anexo** 2. Follow-up do cliente - Unidade de Mama

Índice de Imagens

Imagem	1. Incidência estimada de cancro de mama em todo o mundo em 2012	14
Imagem	2. Anatomia da mama, com os vasos e gânglios linfáticos	15
Imagem	3. Percurso da enfermeira de referência da unidade mama	39

Índice de Tabelas

Tabela	1. Taxa de incidência de tumores malignos por patologia, Portugal	14
Tabela	2. Período de estágio em cada ensino clínico, com o respetivo número de horas	24
Tabela	3. Acompanhamento de enfermagem à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no segundo ensino clínico	43
Tabela	4. Indicadores de resultado na avaliação do contributo do projeto +Mulher na melhoria da qualidade dos cuidados	54

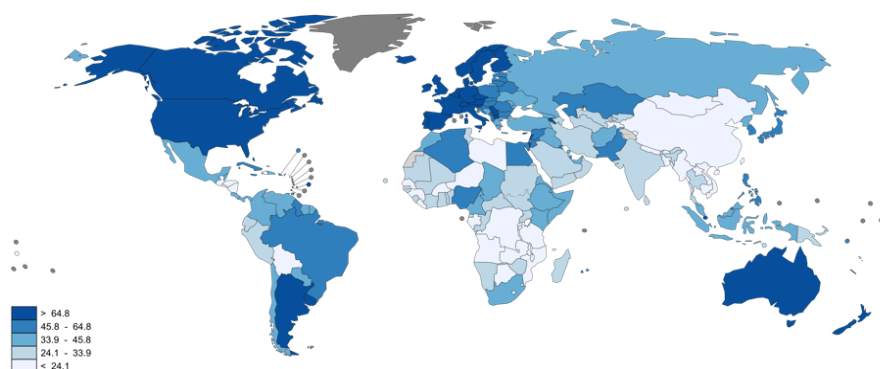
Índice de Esquemas

Esquema	1.	Seguimento da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama na unidade mama da [REDACTED]	33
----------------	-----------	---	----

INTRODUÇÃO

O cancro é umas das principais causas de morte em todo o mundo e o cancro da mama é o mais comum de todos os cancros na mulher sendo a primeira causa de morte entre as mulheres na Europa (GLOBOCAN, 2012; ESMO, 2013; RON, 2009). Estudos recentes referem o cancro de mama como a segunda causa de cancro no mundo (GLOBOCAN, 2012).

Imagem 1. Incidência estimada de cancro de mama em todo o mundo em 2012



Fonte: Globocan, 2012

Também em Portugal a evolução do panorama oncológico é evidente, salientando o cancro de mama como o mais prevalente. Este aumento muito significativo de novos casos é resultado de alterações significativas da estrutura da pirâmide populacional e de alterações dos estilos de vida (DGS, 2014).

Tabela 1. Taxas de incidência de tumores malignos por patologia, Portugal

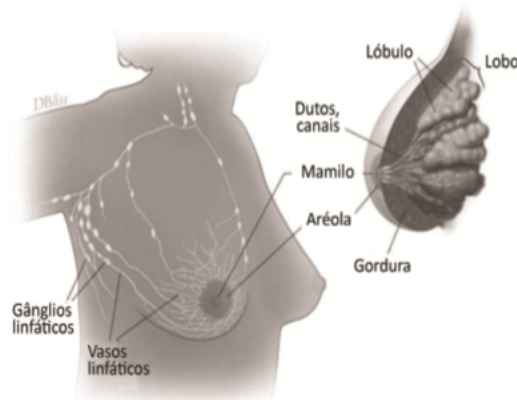
Incidência de tumores malignos por patologia (100000 habitantes), Total (2009*)		
	T. Bruta	T. Padr. Europ.
Mama	57,94	47,23
Próstata	108,81	83,69
Cólon	47,94	33,15
Traqueia, brônquios e pulmão	33,6	25,54
Estômago	28,22	19,66
Reto	23,73	16,73
Bexiga	17,57	11,77
Glândula tiroideia	16,63	15,06
Linfoma não-Hodgkin	16,46	12,65
Corpo do útero	18,08	13,18
Total	426,15	323,09

Fonte: DGS, 2014 pg.11; RON, 2009, pg.17

O cancro de mama é considerado uma doença complexa tanto fisicamente como psicologicamente. Tem associado uma componente genética e por isso o historial familiar é considerado um fator preponderante, assim como a exposição hormonal (Cardoso *et al*, 2017; Brunßem *et al*, 2016). Outros fatores de risco como a idade, o historial de metaplasias benignas, os fatores geográficos e sociais, a utilização de terapêutica hormonal (estrogénio e progesterona), a radioterapia da mama durante a infância ou adolescência, o excesso de peso e obesidade e o consumo de álcool ou tabaco deverão ser relatados (Cardoso *et al*, 2017; Brunßem *et al*, 2016; ESMO, 2013).

O carcinoma da mama tem origem nos tecidos mamários, sendo que este pode ser classificado em carcinoma invasivo sem tipo especial, carcinoma lobular e carcinoma de tipo especial, sendo que todos têm prognósticos diferenciados. O carcinoma *in situ* (não invasivo) é classificado quanto à sua localização. Este pode ser ductal (circunscrito nos ductos) ou lobular (atingindo os ductos e lóbulos correspondentes). Quando o carcinoma é considerado invasivo é porque abrange não só a glândula, mas também o tecido fibroso e adiposo (Cardoso *et al*, 2017; Sinn, 2016).

Imagem 2. Anatomia da mama, com os vasos e gânglios linfáticos



Fonte: ESMO, 2013, pg.3

Por vezes, pode haver mais do que uma área de mama com carcinoma. Se as lesões se encontrarem no mesmo quadrante designa-se carcinoma multicêntrico, caso estejam em quadrantes diferentes denomina-se carcinoma

multifocal. O importante nas duas situações é realizar uma biópsia a cada uma das lesões e a respetiva marcação. O carcinoma da mama também pode ser diferenciado de acordo com o tamanho, a localização, e em grau (ou seja, diferenciação celular). Após a biópsia da lesão, teremos uma caracterização anatomopatológica da mesma que irá influenciar preponderantemente as opções de tratamento (Ki67, recetores de progesterona, recetores de estrogénio e ainda, HER2) (Vidal, Paré & Prat, 2016). O fato de a lesão ter proliferado para a cadeia ganglionar axilar pode, por vezes, alterar a estratégia terapêutica. Por isso mesmo a pesquisa do gânglio sentinela torna-se cada vez mais uma ferramenta imprescindível para a caracterização da lesão neoplásica bem como para o prognóstico da doença. Assim, todos estes fatores mencionados anteriormente poderão não só condicionar o tratamento como também o tipo de cirurgia.

O itinerário terapêutico¹ inicia-se quando num autoexame da mama ou em exames complementares de diagnóstico existe uma evidência de alteração celular. Tanto na primeira como na segunda situação a mulher experiencia um conjunto de sentimentos e emoções para a qual não estava preparada. É neste momento que a mulher verbaliza um sentimento de angústia e de medo perante a notícia e mesmo, com o próprio diagnóstico. A incerteza perante o futuro, a questão da morte e a preocupação com os filhos e a família exacerbam-se. Acrescentando isto à biópsia mamária e aos respetivos exames de estadiamento a mulher eleva sentimentos de impotência, ansiedade e *distress*. A espera pelos resultados e pela consulta de oncologia ou de cirurgia agrava todos estes sentimentos (Middleton, 2014; Drageset *et al*, 2011).

Assim, o impacto do cancro no indivíduo, família e na própria sociedade é incalculável caracterizado por um misto de emoções e sentimentos que, indiscutivelmente, modifica um projeto de vida. Deste modo, é imprescindível que os enfermeiros estejam despertos para esta problemática, nomeadamente procurem formação especializada de forma a responder às necessidades inerentes aos indivíduos e respetivas famílias (Oliveira *et al*, 2013; Vieira *et al*, 2012).

¹. Entende-se por itinerário terapêutico todo o percurso da doente desde o momento do diagnóstico clínico até ao respetivo seguimento (Alves & Souza, 1999).

A confirmação de um diagnóstico de cancro de mama é um motivo especial de preocupação para todas as mulheres, assinalado por um significado de ameaça à vida e à integridade física e emocional uma vez que a mulher passa a vivenciar a expectativa de um futuro incerto, de um caminho de dificuldades, que vem acompanhado do medo da morte. Assim, a mulher convive com sentimentos intensos e contraditórios como o medo, a raiva, a incerteza e até mesmo a aceitação em que a mama assume um significado e uma simbologia específica, intimamente ligada à imagem corporal, à autoestima, e à própria sexualidade (Oliveira *et al*, 2013; Carvalho, A., Santos, T. & Linhares, 2012; Santos & Vieira, 2011; Moniz, Fernandes & Oliveira, 2011; Araújo & Fernandes, 2008; Amorim, 2007).

Durante este processo de doença a questão da autoimagem intensifica-se não só porque o diagnóstico oncológico está relacionado com o estigma social como também está relacionado com as consequências associadas aos tratamentos como a alopecia, as amputações do corpo, o emagrecimento e a imunossupressão. A alopecia e a mastectomia possuem um impacto significativo para a mulher uma vez que o cabelo e as mamas estão associados à feminilidade e inerentemente representam padrões de beleza para a sociedade (Vieira *et al*, 2012; Moniz, Fernandes & Oliveira, 2011).

Após o resultado, e depois da primeira consulta, algumas mulheres iniciam o seu processo de aceitação, porém outras experienciam sentimentos de raiva e até mesmo depressão. Quando a decisão terapêutica da equipa multidisciplinar resulta na cirurgia, muitas mulheres ficam mais aliviadas pois consideram que o cancro não será tão agressivo como perspetivaram inicialmente, contudo o tempo de espera pela cirurgia, a incerteza e a duração da reabilitação e a articulação familiar, social e laboral ganham importância. Acrescentado a isto a necessidade de internamento aumenta ainda mais os sentimentos de tristeza e dor uma vez que o associam a um ambiente pouco agradável, evocando a presença da doença, a incapacidade inerente e até mesmo a morte (Drageset *et al*, 2011; Andolhe, Guido & Bianchi, 2009).

Após o choque e o *distress* associado ao diagnóstico, as mulheres necessitam de enfrentar uma nova realidade, com mudanças severas, nomeadamente a mudança de papéis. A mulher que sempre cuidou da família passa a necessitar de ser cuidada durante a reabilitação. Para além disto, a

adaptação ao meio hospitalar, a sujeição a procedimentos complexos, a interação com uma equipa multidisciplinar, o uso de terminologia específica da área e a necessidade de equipamentos e exames complementares (como a colocação de arpão e a linfocintigrafia) são possíveis *stressores* que acompanham o peri-operatório. Concomitantemente a todo este meio, existe ainda a preocupação com a anestesia, com a sintomatologia no pós-operatório e ainda, a alteração da imagem, do autoconceito, o autocuidado e a dinâmica familiar (Andolhe *et al*, 2009; Araújo & Fernandes, 2008).

A colocação do arpão e a marcação de carbono são dois procedimentos realizados previamente à cirurgia e que muitas mulheres associam à dor e ao desconforto. O facto de muitas vezes serem realizados na véspera da cirurgia faz com que agrave o grau de ansiedade. Especificamente a marcação com carbono acarreta ainda, o impacto visual da mama, pois a coloração preta após a cirurgia fica visível na mama durante bastante tempo em muitas situações.

A linfocintigrafia pode ser realizada na véspera ou no próprio dia da cirurgia e consiste na introdução de um radioisótopo na região mamilar com vista a que este se propague pelos canais ductais até ao sistema linfático axilar, mais concretamente ao gânglio responsável pela área da lesão maligna (gânglio sentinela). Este procedimento para além de ser demorado (pode demorar até duas horas) causa, por vezes, medo da dor associado à introdução do radioisótopo (Calvo & Jatoi, 2016; Benson & Pitsinis, 2016).

Posteriormente à cirurgia (conservadora ou radical), os sentimentos e as preocupações perpetuam.

A cirurgia conservadora, tumoretomia ou quadrantetomia corresponde à intervenção cirúrgica onde é retirado o tumor ou parte da mama, podendo incluir a remoção da pele e a fáscia do músculo do grande peitoral. A mastectomia consiste na remoção total da mama, inclusivamente a pele e músculos do grande peitoral. Esta pode ser dividida em mastectomia simples quando remove toda a mama (aréola, mamilo, pele, glândula mamária e a fáscia do músculo do grande peitoral), mastectomia radical e mastectomia radical modificada. Estas últimas compreendem a intervenção cirúrgica de remoção de toda a mama e dos gânglios linfáticos axilares (esvaziamento axilar) preservando, ou não, um ou ambos os músculos peitorais (Calvo & Jatoi, 2016).

Cada mulher reage de forma diferente à intervenção cirúrgica, sendo que de uma forma geral, o impacto da mastectomia continua a ser indiscutível. Para muitas mulheres a perda da mama é a perda da sua identidade, não só devido ao fator sexual e fonte de prazer, mas porque está relacionado com a maternidade e respetiva amamentação. Por isso o surgimento da doença e a própria confirmação do diagnóstico pressupõe a renúncia ao desejo da maternidade (Oliveira *et al*, 2013; Vieira *et al*, 2012).

Segundo Vieira *et al* (2012) as mulheres que realizaram mastectomia evitam a nudez, não observam as cicatrizes nem o local onde foi realizada a exérese mamária, assim como também não deixam que outros observem. A mulher sente-se menos atraente e por isso não permite que o parceiro lhe toque, sendo assim um dos grandes fatores para o distanciamento físico e afetivo do casal.

As mulheres referem que a própria estética fica comprometida quando vestem determinada indumentária, assim como existe uma limitação laboral relacionada com o linfedema (Vieira *et al*, 2012; Moniz, Fernandes & Oliveira, 2011).

A mastectomia continua a ser a cirurgia de último recurso não só para as doentes como também para as próprias equipas multidisciplinares devido às alterações físicas, psicológicas e sociais que acarreta. O próprio esvaziamento axilar enquanto procedimento complementar, mas imprescindível no tratamento pode exercer limitações preponderantes nas atividades do dia-a-dia das mulheres. Este corresponde à retirada de mais de dez gânglios da cadeia ganglionar axilar (Calvo & Jatoi, 2016).

A alteração funcional e a mudança na aparência física afetam a rotina diária de cada mulher de forma a repensarem no seu papel enquanto indivíduo e membro integrante da dinâmica familiar e da própria sociedade. (Oliveira *et al*, 2013; Vieira *et al*, 2012).

Para além disso, durante o peri operatório, o estar rodeada por uma equipa de enfermagem, envolvida de equipamentos e acessórios específicos como o cateter venoso periférico, os drenos mamários e axilares e drenagens vesicais podem ser ameaçadores. Os possíveis efeitos secundários no pós-operatório podem ser desencadeadores de maiores níveis de ansiedade, assim como a preocupação com o seroma, a infeção da ferida cirúrgica, o hematoma,

a alteração da sensibilidade, as cicatrizes e o linfedema. Também a recuperação no domicílio pode ser aterradora nomeadamente a recuperação física, o regresso às atividades do dia-a-dia, a condução a atividade sexual, o regresso ao trabalho, os exercícios ao membro operado, as atividades de desporto e lazer, a fadiga e até mesmo a recuperação emocional. Em situações em que a mulher poderá não ter que fazer mais tratamentos, a preocupação com o próprio seguimento e vigilância e o medo da recidiva pode ser stressante (Carvalho, Santos & Linhares, 2012; Stephens *et al*, 2007).

Durante o processo de doença (desde o diagnóstico até ao seguimento), a mulher passa por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais que devem ser valorizadas por toda a equipa multidisciplinar, atuando individualmente em todas as fases deste processo. Deste modo, existe uma necessidade para um seguimento apertado baseado numa intervenção de cuidados de suporte direcionada para as necessidades e preocupações destas mulheres, de forma contínua e com qualidade. A equipa de enfermagem tem como foco principal prestar cuidados de suporte² numa perspetiva holística, para que as mulheres com cancro de mama giram estes processos de doença da forma menos traumatizante possível, com vista à sua capacitação e reabilitação (Greenberg, 2016; Cruickshank *et al*, 2008).

O processo de enfermagem consiste numa abordagem que permite aos enfermeiros identificar as necessidades de cuidados, realizar um planeamento adequado e implementar intervenções direcionadas às mesmas necessidades (Orem, 2001) de forma a promover a adaptação de cada mulher.

² Cuidados de suporte em oncologia correspondem à prevenção e gestão dos efeitos adversos do cancro e do seu tratamento durante todo o percurso da doença. Inclui a gestão de sintomas físicos e psicológicos e os efeitos colaterais do diagnóstico através do seu tratamento. Envolve suporte para os doentes, bem como para as suas famílias e cuidadores. Os cuidados de suporte visam melhorar o atendimento, prevenir cancros secundários, prolongar a sobrevivência, e maximizar a qualidade de vida” (MASCC, 2016).

Neste contexto, o enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar desempenha um papel importante e muitas vezes variado de forma a fornecer o melhor cuidado possível, na área da educação e suporte de cuidados essenciais de enfermagem direcionado ao doente, família e comunidade; implementação de programas de rastreio; administração, monitorização e avaliação de tratamentos; identificação e gestão de complicações; prestação de cuidados de suporte e paliativos, e ainda, liderança e colaboração na produção de evidência científica (Beck, Bialous & Bem-Gal, 2016; ONS, 2016; EONS, 2012).

Enquanto elemento preponderante na equipa multidisciplinar, e tendo em conta as competências de mestre, de enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa pretendo com este projeto, desenvolver competências no âmbito dos quatro domínios de competências comuns ao enfermeiro especialista de modo a sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática, capacitar as doentes para o seu autocuidado e facilitar o processo de adaptação destas no seu processo de doença, no peri-operatório.

Na unidade de internamento onde prestava cuidados de enfermagem era cada mais evidente a prevalência das cirurgias por cancro de mama comparativamente a outras de outro foro. Tal facto deveu-se não só à prevalência deste tipo de cancro como também à implementação da unidade mama na instituição. Dito isto foi essencial não só direcionar o meu projeto de intervenção para as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama como também para a equipa de enfermagem que acompanhava estas doentes ao longo do seu internamento.

Segundo os registos fornecidos pela unidade mama desde 2015 houve um aumento no número de cirurgias e conseqüentemente um aumento no número de internamentos. Desde o início de 2016 até Novembro do mesmo ano a unidade mama relata um aumento de 37%, sendo que 73% destas doentes têm um internamento considerado curto, ou seja, permanecem uma noite na instituição.

Tendo em conta a relevância destes valores, elaborei um questionário com perguntas dicotómicas a ser aplicados a todos os elementos das equipas de enfermagem das unidades de internamento com o objetivo de validar

conhecimentos e competências na área da mulher com cancro de mama de forma a identificar fragilidades e necessidades com vista, posteriormente, à sua capacitação (Cataliotti *et al*, 2007) (cf. apêndice 1).

Considero importante que os enfermeiros tenham em atenção que a prestação de cuidados de qualidade se rege pela parceria de cuidados que se estabelece entre o enfermeiro e a doente, não esquecendo que enquanto enfermeiro especialista, cabe a este reconhecer que o processo adaptativo é influenciado por interpretações individuais, fatores ambientais e pessoais, respostas psicológicas e fisiológicas e recursos disponíveis de forma a mobilizá-los de forma dinâmica (Schumacher & Meleis, 2010). Cabe a estes enfermeiros proporcionar cuidados de suporte em todas as fases do percurso, nomeadamente no peri operatório onde a necessidade de informação urge e a possibilidade de complicações físicas e psicológicas é evidente (Greenberg, 2016; Cho *et al*, 2012).

Segundo Meleis (2007), a transição representa o processo que conduz às mudanças na forma de viver, através da reorientação, incorporando novo conhecimento, alterando comportamentos e redefinindo o significado atribuído aos eventos, bem como à definição de si mesmo, sendo que quando relacionado com processos de saúde/doença, este processo deverá ser alvo de intervenção de enfermagem.

Os enfermeiros especialistas podem ter um impacto positivo e facilitador na adaptação a esta nova fase, através de uma comunicação dirigida, instituída em programas de suporte, educação e aconselhamento (Cho *et al*, 2012; Stephens *et al*, 2007) como por exemplo num precoce *follow up* e em folhetos ilustrativos de forma a individualizar e centrar os cuidados de enfermagem.

Estes cuidados abrangem o diagnóstico, a sobrevivência e os cuidados em fim de vida, englobando a prevenção e a gestão de sintomas físicos, emocionais, psicossociais e espirituais e, ainda, efeitos colaterais do tratamento, onde o cliente é o foco central dos cuidados e a família e os próprios cuidadores elementos essenciais durante todo o processo (Greenberg, 2016; Klastersky *et al*, 2016).

Tendo em consideração o acima referido aliado à necessidade da unidade e da própria equipa resultou o projeto de intervenção implementado.

Na unidade de internamento onde exercia funções recebíamos doentes propostos para diversas cirurgias de patologia oncológica, nomeadamente a cirurgia de cancro de mama, para as quais lhes eram prestados cuidados generalistas pois a equipa de enfermagem não estava sensibilizada nem mesmo capacitada para a especialização que a área do cancro de mama acarreta, nomeadamente eu. Neste sentido, este projeto de intervenção surgiu de uma necessidade pessoal de aquisição de novas competências e da própria unidade onde exercia funções, onde as doentes e os próprios enfermeiros apelavam para mais conhecimento científico, técnico e relacional. Tanto a EUSOMA como a EONS estabelecem competências específicas para estes enfermeiros, de forma a serem capazes de criar um ambiente terapêutico onde seja possível aos clientes e familiares expressarem as suas necessidades e satisfazê-las de uma forma culturalmente sensível; para serem responsáveis pela sua prática; serem capazes de reconhecer os limites da sua especialização, e ainda, serem capazes de prestar cuidados focados no cliente, com base nas melhores evidências disponíveis (EONS, 2013).

Deste modo, a intervenção junto da pessoa proposta para cirurgia de cancro de mama e respetiva família implica uma intervenção estruturada de modo a conceber, implementar e avaliar um plano de cuidados direcionado e individualizado, potenciando a relação de parceria e a continuidade de cuidados (OE, 2011).

De forma a direcionar a minha intervenção pretendi compreender “Quais as intervenções de enfermagem especializadas, no âmbito dos cuidados de suporte para a mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório?” realizando uma *scoping review* centrada na mnemónica PCC (cf. apêndice 2).

Os cuidados de suporte são uma área de intervenção que elevam os próprios cuidados de enfermagem, contudo é uma área pouco estudada pelos enfermeiros e a evidência científica existente necessita de ser mais desenvolvida.

Desta forma, para dar resposta à problemática e concomitantemente às competências do enfermeiro especialista e de mestre, defini três locais de estágio preponderantes, sendo que o terceiro foi o local onde exercia funções. O primeiro estágio teve início no dia 27 de Setembro e o último terminou no dia

10 de Fevereiro, perfazendo um total de 57 turnos que era o preconizado pelo plano de estudos. De forma a conseguir atingir os objetivos propostos tendo em conta a sua complexidade, decidi distribuir o tempo de estágio de forma homogénea.

Tabela 2. Período de estágio em cada ensino clínico, com o respetivo número de horas realizadas

Local de estágio	Período de estágio	Nº de turnos	Nº de horas
1º ensino clínico	27.09-2016 a 4.11.2016	19	152
2º ensino clínico	7.11.2016 a 16.12.2016	19	152
3º ensino clínico	3.01.2017 a 10.02.2017	19	152
Total		57	456

Fonte: Autor

Assim, com vista a enriquecer e desenvolver conhecimentos e competências considerei fundamental selecionar para os primeiros locais de estágio duas unidades de mama. Como primeiro local de estágio fez-me sentido selecionar uma unidade de referência na área do cancro de mama, em que a multidisciplinaridade é a base da intervenção e a segunda unidade de mama foi a da minha organização de saúde. Fez-me sentido conhecer a dinâmica, a abordagem e os próprios objetivos da mesma de forma a assegurar não só a continuidade de cuidados como também a excelência e a filosofia do próprio estabelecimento.

O primeiro local está inserido numa instituição privada de cariz puramente oncológico, onde a intervenção e a tecnologia estão interligados e onde a prática clínica se rege pela evidência científica e pela investigação numa lógica de abordagem multidisciplinar, que designei como estágio A.

Já a segunda unidade encontra-se numa instituição de saúde privada multifacetada, em que a área do cancro de mama tem vindo a ser progressivamente significativa, prevendo-se que esta venha a ser uma entidade de referência a nível nacional, que nomeei de estágio B.

Estes primeiros dois estágios tinham como finalidade:

- Adquirir e desenvolver competências científico-técnicas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no período peri-operatório.

Assim, delineei como objetivos a atingir:

- Identificar as necessidades, medos e as preocupações das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama;
- Analisar a prática de cuidados de enfermagem à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama;
- Prestar cuidados à mulher com cancro de mama durante o seu percurso hospitalar, ao longo do seu itinerário terapêutico.

Por último, o terceiro estágio consiste numa unidade de internamento geral direcionado para a prática cirúrgica, focando não só a área do cancro de mama, como outras valências oncológicas e até mesmo, cirurgias de cariz não oncológico. Este último defini como estágio C.

Neste sentido, a formação especializada dos enfermeiros das unidades de internamento geral contribui efetivamente para a melhoria da prática de enfermagem cooperando para a continuidade desses cuidados assim como para a satisfação dos cuidados prestados às mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama e família. Neste último estágio propus-me a atingir o segundo objetivo geral:

- Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório.

Neste sentido fui capaz de:

- Envolver a equipa de enfermagem para a área dos cuidados de suporte à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório;
- Promover e desenvolver intervenções de enfermagem especializadas às mulheres e família no peri-operatório com vista à melhoria dos cuidados.

Este relatório pretende demonstrar o percurso realizado durante a elaboração e implementação do projeto. Deste modo, após identificar a problemática, a filosofia de cuidados, os locais de estágio e subjacentemente

os objetivos gerais e específicos, segue-se a descrição das atividades com as tarefas desenvolvidas e respectiva avaliação.

Depois serão abordados os pontos fortes e fracos deste projeto assim como a sua contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados. Por fim, a conclusão salientando as perspectivas futuras.

1.EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto, sendo que o desenvolvimento de competências compreende como um dos seus determinantes o saber. Os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva (Serrano, Costa & Costa, 2011).

Segundo Zabala & Arnau (2010) regular a própria aprendizagem é um fator chave na aprendizagem de competências, uma vez que significa saber planejar quais as estratégias de aprendizagem que devem ser utilizadas em cada situação, aplicá-las, controlar o processo, avaliá-lo para detetar possíveis falhas e ser capaz de transferi-las para uma nova atuação.

Neste sentido a realização dos ensinamentos clínicos torna-se uma estratégia fundamental na medida que incorpora todo este processo de aprendizagem. Para tal e de forma a enriquecer o meu projeto de intervenção selecionei uma unidade de mama de referência e com experiência na área do cancro da mama e outra numa fase de implementação e articulação com as restantes unidades hospitalares, onde a disponibilidade e a vontade de inovar era indiscutível. Relativamente ao terceiro ensino clínico, que corresponde à unidade onde exerço funções, mobilizei todo o conhecimento e competências adquiridas e desenvolvidas nos ensinamentos clínicos anteriores envolvendo toda a equipa de enfermagem da minha unidade assim como as restantes unidades de internamento, articulando-as entre si e com a unidade mama do hospital. Tudo isto com vista à capacitação e adaptação da doente e família no seu processo de doença, tornando-me elo de ligação e de referência nesta parceria de cuidados, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, segue-se a descrição das tarefas propostas e realizadas em cada ensino clínico, salientando os objetivos atingidos (gerais e específicos), as atividades desenvolvidas, os recursos utilizados e a avaliação inerente a todo este processo.

1.1 Ensino clínico na Unidade Mama do [REDACTED]

O primeiro ensino clínico que decorreu na unidade mama [REDACTED] [REDACTED] teve como particular interesse recolher todo o conhecimento possível sobre a temática em estudo, assim como desenvolver o conhecimento prévio sobre o cancro de mama e a mulher proposta para cirurgia de cancro de mama. O facto de ser uma entidade de saúde de referência na área do cancro de mama foi extremamente benéfico para conseguir identificar a prática baseada na evidência nomeadamente nos cuidados de enfermagem.

Assim, as tarefas preconizadas para desenvolver neste estágio assim como os objetivos gerais e específicos serão apresentados seguidamente.

Objetivo geral

Adquirir e desenvolver competências científico-técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório

Objetivo específico

- Identificar as necessidades, medos e as preocupações das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama

Atividades desenvolvidas

- Consulta de guias de colheita de dados, avaliação do estado psicológico das mulheres seguidas na unidade mama;
- Realização de Scoping Review sobre sentimentos e emoções da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama
- Planeamento e elaboração de uma folha de registo dos medos e preocupações das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama;

Durante este ensino clínico organizei as minhas horas de contato de acordo com a dinâmica da unidade, tendo como foco o itinerário terapêutico da

mulher proposta para cirurgia de cancro de mama, ou seja, desde o acolhimento na unidade até ao respetivo *follow-up*. De forma a conseguir adquirir o maior número de experiências fiz questão de estar presente em todos os momentos de intervenção de enfermagem, nomeadamente na consulta de apoio de enfermagem, na consulta de avaliação geriátrica, na consulta de ensino de quimioterapia, na consulta cirúrgica de enfermagem, em sala de pensos, na consulta de enfermagem de linfedema, nas reuniões multidisciplinares, na consulta de enfermagem de apoio aos ensaios clínicos e ainda, na realização da tatuagem do complexo areolo-mamilar (CAM). Tendo em conta o meu projeto de intervenção e o contexto de cuidados, estive presente em maior número de vezes na consulta de apoio de enfermagem (5 consultas), na consulta cirúrgica de enfermagem (11 consultas), em sala de pensos (12 momentos) e em consulta de enfermagem de linfedema (3 consultas).

A consulta de apoio de enfermagem foi fundamental para conhecer a dinâmica familiar de cada mulher, reconhecer bases de suporte para o processo de doença, assim como perceber o impacto da doença no contexto pessoal, psicológico e social dado que “o nível social, económico, cultural, idade e sexo podem interferir no nível de impacto psicológico que o diagnóstico da doença grave pode causar no indivíduo” (Vieira *et al*, 2012, p.534).

Na consulta cirúrgica de enfermagem pude identificar os medos e receios das mulheres propostas para a cirurgia de cancro de mama, assim como esclarecer dúvidas relativamente ao peri-operatório (cirurgia proposta, 1º levante, cuidados de higiene, realização de pensos, monitorização dos drenos, reabilitação física e psicológica, entre outros). Nesta unidade, antes de cada cirurgia cada mulher preenche um termómetro que avalia o *distress* - *NCCN Distress Thermometer and Problem List for Patients*, 2016 adaptado para língua portuguesa pela [REDACTED] (psico-oncologista [REDACTED] [REDACTED]). Esta ferramenta permite identificar a população que poderá beneficiar de apoio psicológico durante esta fase de tratamento, sendo que os resultados são posteriormente tratados pela psico-oncologista. A identificação desta população é realizada pela equipa de enfermagem, reconhecendo estas doentes quando apresentam um valor superior ou igual a 4 no termómetro do *distress*. Posteriormente são encaminhadas para uma consulta de psico-

oncologia (Bultz, 2010). Contudo, considerei a ferramenta limitativa uma vez que não definia quais os medos e preocupações das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama e por isso, realizei uma *scoping review* sobre os medos e as preocupações das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama de forma a identificar áreas de intervenção direcionadas a essas mesmas necessidades, a qual se encontra em apêndice (cf. apêndice 2). Ao longo da pesquisa para além de identificar as necessidades destas mulheres consegui também reconhecer as estratégias de resolução intrínsecas e extrínsecas que as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama adaptavam perante a situação que estavam a passar. Dito isto considerei pertinente não só focar os medos e preocupações como também as estratégias de *coping* que cada mulher apresenta de forma a personalizar os cuidados de suporte prestados. Assim, elaborei uma *check list* para deteção dos sentimentos/emoções e as estratégias de *coping* das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama para aplicar no pré-operatório, mais concretamente no momento do acolhimento ao serviço, que se encontra em apêndice (cf. apêndice 4). A aplicação desta *check list* permite individualizar e personalizar a prática de cuidados baseada nas necessidades identificadas, tendo em vista a adaptação destas mulheres ao seu processo de doença. A *check list* foi objeto de apreciação e validação pelo professor orientador assim como pela enfermeira chefe.

Na sala de pensos, tive a oportunidade de acompanhar várias mulheres durante a sua reabilitação, reconhecendo as dúvidas colocadas ao longo deste percurso e realizando ensinamentos direcionados às necessidades de cada mulher de forma a capacitá-las para o autocuidado. Consegui também desenvolver competências técnicas nomeadamente na realização de pensos a feridas ulceradas, através do debate em equipa durante as passagens de turno e troca de experiências anteriores com enfermeiras peritas nesta área com formação especializada “os saberes decorrem do conhecimento na ação e resultam de uma integração subjetiva e dinâmica da experiência, são identificados pela integração de esquemas, pela transformação de conhecimento e por um agir contextualizado, expressão de competência profissional” (Serrano, Costa & Costa, 2011, pg.22).

A consulta de enfermagem de linfedema foi indispensável para desenvolver conhecimentos, de forma a reconhecer estratégias e cuidados preventivos ao aparecimento do linfedema que serão fundamentais para as mulheres propostas para a cirurgia de cancro de mama. Esta observação contribuiu diretamente para a melhoria da qualidade de vida destas mulheres na medida em que se proporciona um momento para validar conhecimentos sobre prevenção de linfedema, realizando ensinamentos sobre formas de atenuar e confortar como é o caso da fisioterapia e, em última circunstância, ser encaminhada pela equipa de enfermagem para uma consulta de cirurgia plástica. Tudo isto numa perspetiva de enfermeiro aprendiz na medida em que “abre-se ao conhecimento integrando novas formas de interpretar a experiência; integra uma aprendizagem significativa, resultado de experiência vivida, refletida e partilhada; desenvolve um processo de significados individuais e partilhados na equipa e mobiliza estratégias centradas na experiência e na reflexão” (Serrano, Costa & Costa, 2011, pg.22). Todo o processo de identificação, avaliação e encaminhamento é realizado pela equipa de enfermagem especializada na área. Nesta unidade quando a proposta cirúrgica compreende realizar esvaziamento axilar, os ensinamentos pré-operatórios englobam também os cuidados ao membro superior que irá ser intervencionado, mantendo-se um seguimento contínuo ao longo do itinerário terapêutico destas mulheres, em consultas de *follow-up* (inicialmente de 3 em 3 meses e posteriormente conforme os agendamentos das restantes valências de intervenção). Este acompanhamento personalizado por parte da equipa de enfermagem a cada mulher e família influencia a adaptação ao percurso de doença/transição, promovendo cuidados de suporte ao longo do itinerário terapêutico.

Ainda neste primeiro estágio propus como objetivo específico:

- Analisar e refletir sobre a prática de cuidados de enfermagem à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama

Atividades desenvolvidas

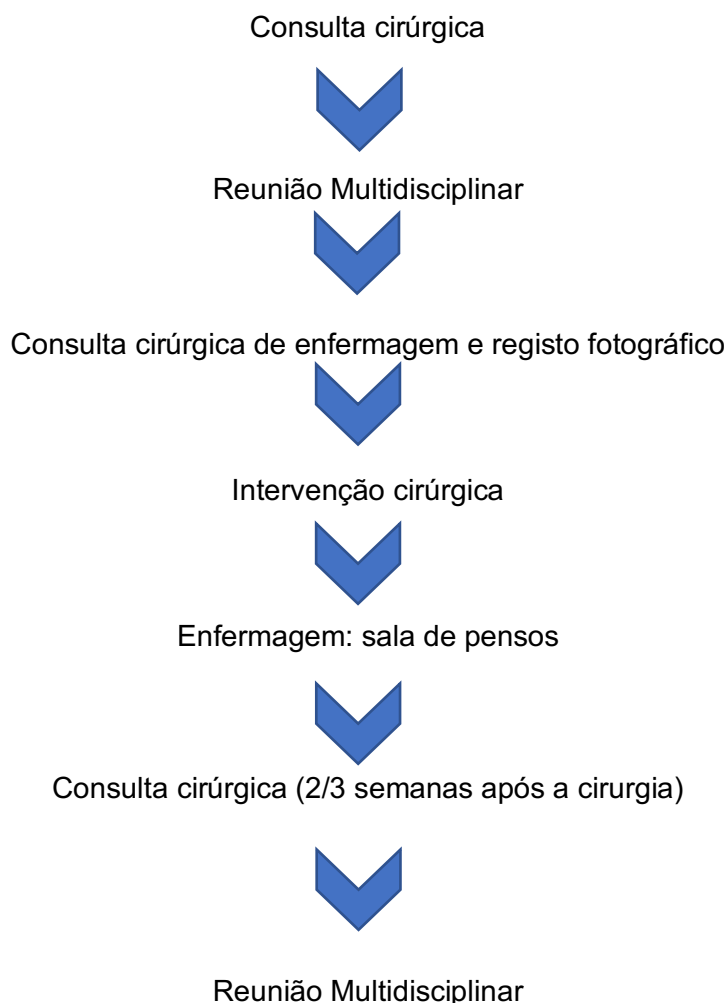
- Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem na unidade e com a equipa multidisciplinar;
- Consulta de guias de integração e manual de normas e procedimentos da unidade;
- Observação e participação na dinâmica e acompanhamento de enfermagem à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama e respetiva família;
- Realização de Jornal de Aprendizagem sobre a intervenção do enfermeiro especialista numa unidade mama;

Durante os primeiros dias de contato nesta unidade apresentei informalmente à equipa de enfermagem o meu projeto assim como os objetivos do mesmo. Adoptei como estratégia predominante a observação direta concomitantemente com discussão da prática e da evidência científica com a enfermeira perita.

Após o primeiro contacto fiz questão de acompanhar as mesmas mulheres de forma a ter um continuum de cuidados. O meu objetivo tinha sido delineado para acompanhar o percurso da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama, no entanto nas primeiras duas semanas optei por participar e me envolver em todas as consultas de enfermagem realizadas uma vez que as mulheres que se encontravam a ser seguidas na unidade mama poderiam não estar na fase cirúrgica mas passariam ou passaram, eventualmente, pela cirurgia (quimioterapia neoadjuvante; quimioterapia adjuvante, ...).

Primeiramente recolhi toda a informação sobre dinâmicas, articulações e protocolos existentes entre a equipa de enfermagem e mesmo entre a equipa multidisciplinar, como por exemplo o seguimento das mulheres para cirurgia de cancro de mama. O seguimento na unidade mama [REDACTED] inicia-se na consulta de triagem (consulta cirúrgica com o médico) e termina novamente na consulta cirúrgica com o médico que acontece entre 2 a 3 semanas após a cirurgia, sendo que antes da cirurgia e após a mesma cada mulher é discutida em reunião multidisciplinar conforme ilustra o esquema 1.

Esquema 1. Seguimento da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama na unidade mama [REDACTED]



Fonte: Autor

Relativamente aos cuidados de enfermagem procurei perceber a forma de atuação da equipa, ensinamentos realizados, dificuldades existentes e estratégias identificadas e promotoras de melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Pude perceber que existem 4 enfermeiras na prestação direta de cuidados que procuram utilizar a metodologia de trabalho de enfermeiro de referência no entanto e devido ao volume de trabalho nem sempre tal é possível. O que a equipa estipula é manter 1 a 2 enfermeiras a seguir o mesmo caso de forma a acompanhar o percurso terapêutico de cada mulher. Esta estratégia trouxe mais-valias para a qualidade dos cuidados e mesmo para a satisfação destas mulheres que quando chegam à unidade identificam prontamente a enfermeira de referência. Quando estão na fase de reabilitação pós cirurgia, na realização

de pensos, a própria enfermeira quando necessita contacta o médico responsável pela cirurgia, numa perspetiva de cooperação inter-equipas. Outra dificuldade encontrada na unidade foi o esquecimento do cirurgião em encaminhar a doente posteriormente para a consulta de enfermagem tendo sido reformulado o percurso destas mulheres. Na reunião multidisciplinar quando é debatida a necessidade de cirurgia é agendada prontamente a consulta cirúrgica, a cirurgia e a respetiva consulta cirúrgica de enfermagem e registo fotográfico.

Os ensinamentos realizados durante o percurso terapêutico são aprovados pela restante equipa multidisciplinar e estão protocolados e acreditados pela EUSOMA. A unidade tem uma parceria com a [REDACTED] (Centro de Apoio ao Doente com Cancro de Mama) que visa dar suporte a estas mulheres nas suas variadas valências (fisioterapia, nutrição, reiki, aconselhamento e imagem, ...) e coopera dando todo o conhecimento em suporte papel que é entregue a cada mulher de forma individualizada na unidade mama. A própria associação organiza sessões de esclarecimento na [REDACTED] destinada às mulheres da unidade mama, em que a equipa de enfermagem também está envolvida.

A equipa de enfermagem teve formação específica na área da oncologia e mais concretamente na área do cancro de mama. É responsável por realizar congressos sobre esta temática e é convocada para divulgar o seu conhecimento em palestras locais e nacionais. Uma das enfermeiras da unidade mama tem o curso internacional de tatuagem do CAM (complexo areolo-mamilar) e é considerada perita neste procedimento. A especificidade do procedimento e o impacto que este tem na autoimagem e na própria qualidade de vida destas mulheres fez-me refletir e questionar acerca do papel do enfermeiro especialista numa unidade mama tendo realizado um jornal de aprendizagem (cf. apêndice 5). Outras enfermeiras da unidade estão a realizar a dita formação devido ao aumento da procura destas mulheres em realizar o dito procedimento.

A continuidade dos cuidados é feita pelas notas de enfermagem que são realizadas em sistema informático segundo NANDA³ e por um momento de partilha e de esclarecimento que é realizado todos os dias e que dura

aproximadamente 20 a 30 minutos como se fosse uma “pequena passagem de turno” SIC.

A intervenção de enfermagem no acompanhamento à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama encontra-se muito bem estruturada devido também ao auxílio dos recursos físicos, existindo três salas de pensos que são polivalentes e uma sala de controlo de sintomas e de apoio aos ensaios clínicos.

Segundo Serrano, Costa & Costa (2011) “o contexto é determinante no desenvolvimento de competências” (p.23) e este estágio foi prova disso mesmo, na medida em que me proporcionou um vasto leque de experiências enriquecedoras tanto para o meu relatório de estágio como para a minha própria experiência profissional. Tive oportunidade de desenvolver conhecimentos e técnicas de forma a refletir a minha prática de cuidados e até mesmo a forma de idealizar a doença oncológica. Assim sendo julgo ter atingido os objetivos propostos assim como as atividades estabelecidas conforme estão retratadas no apêndice 3.

³ NANDA: *North American Nursing Diagnosis Association* - Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem.

1.2 Ensino clínico na Unidade Mama

A ideia de realizar o segundo ensino clínico na unidade mama do hospital onde exerço funções (estágio B) surgiu da necessidade de conhecer a dinâmica e a própria estrutura da unidade de forma a articular a mesma com as unidades de internamento gerais. Esta unidade foi criada recentemente (aproximadamente 2 anos) e por isso, os enfermeiros das várias unidades de internamento desconheciam a sua finalidade, a dinâmica, os órgãos que a constituíam e até mesmo a estrutura em que se baseava.

Esta unidade não estava tão bem estruturada e organizada como a unidade mama do primeiro estágio e, tinha uma necessidade urgente de divulgação e implementação de protocolos, assim como de estabelecer linhas orientadoras de articulação entre a própria unidade e as restantes valências do hospital. Todavia, apresentava uma abordagem multidisciplinar, focando a intervenção da enfermeira da unidade mama como alguém que acompanhava cada mulher no seu itinerário terapêutico, prestando cuidados de enfermagem de suporte. Tal permitiu-me fortalecer não só o conhecimento teórico e técnico adquirido previamente, mas também desenvolver competências relacionais.

Assim, seguem-se os objetivos propostos e as respetivas tarefas propostas e realizadas durante este estágio (cf. apêndice 6).

Objetivo geral:

Adquirir e desenvolver competências científico-técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório.

Objetivos específicos:

- Identificar as necessidades, medos e as preocupações das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama

Atividades desenvolvidas

- Consulta de guias de colheita de dados, avaliação do estado psicológico das mulheres seguidas na unidade mama;

De forma a obter o maior número de experiências durante este ensino clínico conversei com a enfermeira perita sobre as áreas nas quais necessitava de aprofundar e realizar colheita de dados. Isto porque a enfermeira perita acompanhava não só as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama, mas também as mulheres noutras fases de tratamento ou, simplesmente, em seguimento. No entanto, e após apresentar o meu projeto de intervenção, a enfermeira considerou que o título não estava apropriado uma vez que a minha área de intervenção enquanto enfermeira numa unidade de internamento geral seria num pós-operatório, não existindo nenhuma intervenção de enfermagem a desenvolver no momento do acolhimento da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama e que por isso, a identificação das necessidades e dos medos destas mulheres seria da competência dela e não dos enfermeiros do internamento. Contudo, após debater e explicar qual seria a importância e o objetivo de o fazer a enfermeira reconsiderou e acabou por concordar na relevância e no contributo que essa avaliação poderia ter ao nível dos cuidados prestados e, concomitantemente, para a qualidade dos cuidados.

Numa primeira fase fiz questão de consultar os guias existentes para a colheita de dados e avaliação do estado psicológico das mulheres seguidas na unidade mama. Porém a recolha apesar de ser feita pela enfermeira de referência ainda não estava informatizada devido não só à prematuridade da unidade como também à escassez de recursos humanos. Uma vez que não existia nenhum documento apresentei o que tinha elaborado no estágio anterior assim como o documento que a unidade mama da [REDACTED] utilizava para recolher este tipo de informação. Contudo a enfermeira achou não existir pertinência dos dois documentos para a sua intervenção, não deixando que os aplicasse durante o presente estágio.

Deste modo, a colheita de dados foi feita ao longo do itinerário terapêutico de cada mulher, através de entrevistas informais após

consentimento verbal de cada uma delas. Fiz questão de as questionar após a primeira consulta médica, ou seja, após a confirmação do diagnóstico. Foram realizadas 9 entrevistas, sendo que os sentimentos e preocupações que as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama mais salientaram por ordem de importância foram a ansiedade perante o diagnóstico da doença (9), a espera para a cirurgia (7), o medo da morte (5) o medo da anestesia (3) e a incerteza do que aí vem (3) (Drageset *et al*, 2011). A maior parte das mulheres referiram mais do que duas preocupações, uma vez que durante as entrevistas não referi quantas deveriam nomear. Tendo em conta o impacto do internamento e as preocupações mencionadas pelas mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama tornou-se fundamental aplicar a *check list* elaborada previamente nas unidades de internamento de forma a personalizar o plano de cuidados de forma individualizada, tendo em conta a gestão de expectativas da mulher e da própria família.

Ao longo do estágio, e quando tive oportunidade de acompanhar a mesma doente fui realizando notas de campo de forma a dar continuidade aos cuidados, para posteriormente refletir sobre o impacto do peri-operatório nesta população. Algumas dessas notas resultaram posteriormente num estudo de caso (cf. apêndice 7).

Objetivo específico:

- Analisar e refletir sobre a prática de cuidados de enfermagem à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama

Atividades desenvolvidas

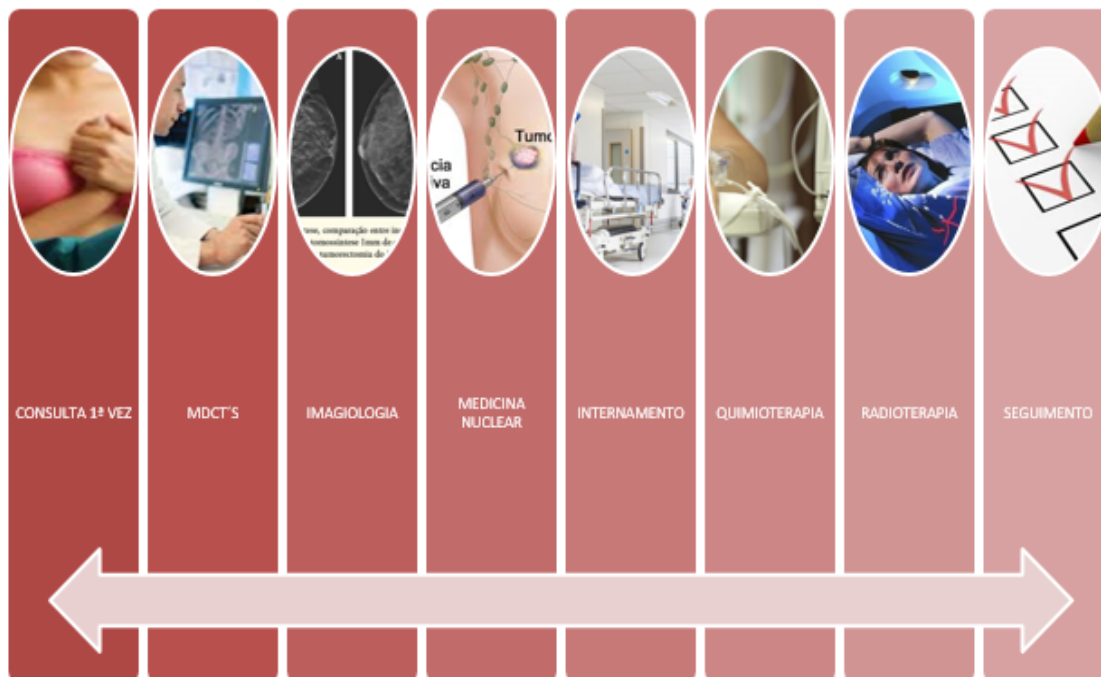
- Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem na unidade e com a equipa multidisciplinar;
- Consulta de guias de integração e manual de normas e procedimentos da unidade;
- Observação e participação na dinâmica de enfermagem à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama e respetiva família.

Durante as primeiras 2 semanas de contacto com a equipa da unidade mama do [REDACTED] em consultas de enfermagem, em

consultas médicas e até nas reuniões multidisciplinares, apresentei uma postura de observação direta estando alerta para a prática de cuidados e para a forma como a própria equipa se articulava.

A unidade mama [REDACTED] é constituída por uma equipa de seis oncologistas, sete cirurgiões, dois radioterapeutas, três imagiologistas, uma enfermeira de referência e uma gestora/administrativa. Para além deste núcleo, é composta ainda por elementos da medicina nuclear, anatomia patológica, genética, medicina física e de reabilitação, entre outros, sendo que o elemento que gere e articula todo o processo terapêutico e a passagem pelas diversas valências é feita pela enfermeira de referência. Contudo há que destacar que a enfermeira de referência não substitui o enfermeiro do hospital de dia, do internamento e da radioterapia. A sua função primordial é de articulação e suporte estando presente ao longo do itinerário terapêutico destas mulheres conforme está exemplificado na imagem seguinte.

Imagem 3. Percurso da enfermeira de referência da unidade mama



Fonte: Autor

Há que salientar que a imagem acima citada não representa um itinerário estanque, apenas quer demonstrar em que situações a enfermagem está presente no percurso destas mulheres, prestando cuidados de enfermagem especializados.

Apesar da enfermeira de referência estar presente no 1º dia de pós-operatório, muitos enfermeiros não sabiam explicar a sua presença. Quando questionados acerca da existência de uma unidade mama e de uma enfermeira de referência a maioria dos enfermeiros desconhecia a sua existência e a sua finalidade, não existindo uma evidência da efetividade dos cuidados e uma continuidade dos mesmos. Tal fez ressaltar a necessidade de criar um protocolo de articulação entre a unidade mama e as unidades de internamento gerais de forma a uniformizar cuidados (cf. apêndice 13). O planeamento e a respetiva elaboração tiveram o contributo da enfermeira perita tendo sido igualmente revisto pelo professor orientador.

Outro fator importante é que sendo unidades de internamento gerais, a prática de cuidados centrava-se no domínio das competências gerais dos enfermeiros. Estas unidades de internamento apresentavam uma heterogeneidade de cirurgias e de internamentos que demonstravam uma dificuldade acrescida para prestar uma intervenção direcionada e personalizada a estas mulheres.

Por isto mesmo fiz questão de perceber que conhecimentos e competências tinha a equipa de enfermagem da minha unidade perante as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama e por isso, planeei e elaborei um questionário com perguntas dicotómicas que foi aplicado a todos os enfermeiros da minha unidade. Contudo, e após realizar o tratamento de dados, a enfermeira perita da unidade mama considerou pertinente alargar a amostra uma vez que detetámos que as restantes unidades de internamento também apresentariam as mesmas dificuldades e necessitavam da mesma capacitação e formação nesta área. Dito isto, o questionário foi aplicado às restantes unidades de internamento gerais e os resultados foram bastantes reveladores, demonstrando lacunas na sua formação e em documentos de apoio tanto para as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama como para os próprios enfermeiros (cf. apêndice 1).

Perante os resultados obtidos e após debater com a enfermeira perita, planeámos uma sessão de formação dirigida a todos os profissionais de saúde com o intuito de divulgar a unidade mama, a sua dinâmica e finalidade fazendo reforço para os cuidados de enfermagem especializados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama. A sessão de formação foi divulgada através da [REDACTED] e foi realizada em dois tempos de forma a poder abranger um maior número de pessoas. O planeamento da sessão foi revisto pela enfermeira perita, pelo professor orientador e pela coordenadora da unidade mama (cf. apêndice 9). A sessão de formação foi planeada no segundo ensino clínico mas foi realizada já quando me encontrava na unidade onde exercia funções (3º ensino clínico). A sessão foi apresentada na biblioteca do hospital e no período da manhã de forma a poder abranger um maior número de profissionais de saúde (cf apêndice 10).

Durante o estágio detetei que os guias de integração e manuais de normas e procedimentos da unidade mama (UMA) eram escassos, senão mesmo inexistentes tendo cooperado na elaboração de protocolos como por exemplo, a colocação do arpão, a linfocintigrafia e também contribui para o planeamento e realização de folhetos informativos como os cuidados pós-operatórios da mulher submetida a cirurgia de cancro de mama a implementar nas unidades de internamento gerais (cf. apêndice 14).

Objetivo específico:

- Prestar cuidados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama ao longo do seu itinerário terapêutico

Atividades desenvolvidas

- Acompanhamento da enfermeira de referência ao longo do percurso terapêutico de duas mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama e respetiva família;
- Realização de um estudo de caso a uma mulher diagnosticada com carcinoma da mama “Tenho Cancro de Mama, e agora?”.

Tendo em conta que o meu objetivo incidu sobre a prestação de cuidados ao longo do itinerário terapêutico da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama, procurei junto da minha orientadora estabelecer quais os momentos que iriam enriquecer a minha aprendizagem e direcionar esses momentos particularmente para as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama, porém a prestação de cuidados a todas as mulheres com o diagnóstico de cancro de mama foi fundamental para compreender a dinâmica da enfermeira de referência da UMA e os cuidados prestados por esta.

Ao longo das seis semanas de contacto nesta unidade mama tive a oportunidade de acompanhar e simultaneamente prestar cuidados de enfermagem a quatro mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama, sendo que houve uma em que consegui estar presente desde o momento do diagnóstico até ao dia da alta clínica, que designei como Caso 3. Contudo, das restantes mulheres que fui conseguindo acompanhar com a enfermeira perita, o momento em que mais apelaram à sua presença foi durante o acolhimento ao internamento pois têm uma necessidade de esclarecer dúvidas e antecipar o desconhecido devido à ansiedade, à incerteza e ao medo (Drageset *et al*, 2011). Perante estas preocupações, conforme demonstra a evidência científica, estas mulheres necessitam que a informação seja dada passo-a-passo, de forma doseada e de acordo com a necessidade do momento; necessitam de ser ajudadas a lidar com as emoções e precisam de clarificar as ideias e manter um foco positivo (Drageset, Lindstrøm, & Underlid, 2010). Este esclarecimento de dúvidas é realizado momentos antes da cirurgia, muitas vezes quando as mulheres estão na medicina nuclear para a linfocintigrafia ou na imagiologia mamária para a colocação do arpão, acontecimentos estes que ocorrem na manhã da cirurgia.

Na Tabela 3 apresento em que momentos acompanhei as mulheres seguidas na unidade mama, propostas para cirurgia de cancro de mama.

Tabela 3. Acompanhamento de enfermagem à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no segundo ensino clínico

Casos	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Momentos				
Consulta 1ª vez			X	
Exames Complementares de diagnóstico	X		X	
Medicina Nuclear	X	X	X	X
Internamento	X	X	X	X
Radioterapia				
Quimioterapia				
Seguimento				

Fonte: Autor

De acordo com os resultados apresentados considerei pertinente analisar o itinerário terapêutico dessas mulheres de forma a refletir sobre a forma como vivenciam a crise pessoal, psicológica, familiar e social, focando não só as dificuldades encontradas mas também as estratégias desenvolvidas para ultrapassar os diversos obstáculos do percurso. Dos dois estudos de caso que me propus realizar apresento um que intitulei “Tenho Cancro de Mama, e agora?” (cf. apêndice 7).

Relativamente às dificuldades da enfermeira da unidade mama desta instituição na prestação de cuidados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama, elas incidem fundamentalmente na falta de recursos físicos e humanos. A enfermeira não consegue acompanhar todas as mulheres, e por isso, só algumas delas beneficiam deste tipo de cuidados. O facto de não existir uma sala de enfermagem apropriada para os diversos momentos dificultou ainda mais a prestação de cuidados nestas mulheres. O local onde a enfermeira orientadora recebia estas doentes era uma sala polivalente com instrumentos de oftalmologia e de exames de gastroenterologia, fora da estrutura arquitetónica onde se pressupõe estar organizada uma unidade

mama, onde a privacidade não existia devido ao número de interrupções constantes. Por isto, a enfermeira prestava os cuidados “in loco”, ou seja, nos respetivos locais onde iriam decorrer os procedimentos (medicina nuclear, internamento, hospital de dia, ...) através de competências especializadas no âmbito da comunicação pois “as enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas (...) a utilizar todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência ...” (Benner, 2001, p.103).

Na unidade mama da [REDACTED] as dificuldades encontradas centravam-se mais nos cuidados diretos às mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama, uma vez que os recursos já existiam. Nesta unidade [REDACTED] para além da dificuldade nos cuidados diretos existiam também dificuldades de organização, estrutura e de recursos que dificultava ainda mais a prestação de cuidados a esta população.

Apesar de não ter conseguido acompanhar os dois casos a que me tinha proposto, consegui fazê-lo a uma delas de forma contínua. Sendo assim, considero ter atingido os objetivos e tarefas propostas, como se encontra ilustrado no cronograma (cf. apêndice 6).

A realização deste estágio permitiu-me desenvolver competências, nomeadamente as relacionais. O fato da unidade estar numa fase inicial possibilitou criar protocolos e normas de procedimentos direcionados para as necessidades da prática clínica e para as necessidades destas mulheres. A prática enquanto mecanismo precursor para a consolidação do conhecimento teórico torna-se uma ferramenta imprescindível para o desenvolvimento de competências, conforme está preconizado para o enfermeiro especialista. Este deve conter um vasto leque de conhecimentos, capacidades e habilidades que implementa na sua prática clínica, promovendo assim uma avaliação das necessidades direcionadas para a população nos vários contextos da sua abordagem (OE, 2010).

1.3 Ensino Clínico na Unidade de Internamento Geral

- implementação do projeto

A unidade de internamento geral consiste numa unidade maioritariamente cirúrgica e de curto internamento. A incidência varia dependendo da afluência às urgências hospitalares e à tipologia de cirurgias programadas. Sendo uma unidade generalista recebe todo o tipo de cirurgias e por isso os enfermeiros não apresentam qualquer tipo de especialização, revelando competências gerais para a prática de cuidado. A equipa de enfermagem é composta por 14 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 22 e os 45 anos, e por isso, revelam experiências e competências distintas. Deste modo, e tendo em conta a pertinência da temática e a prevalência destes casos na unidade foi imprescindível capacitar a equipa, estimulando e envolvendo os vários elementos que a constituem de forma a prestar cuidados personalizados a estas mulheres de tendo em vista a sua reabilitação.

Sendo assim, o estágio na unidade onde exerço funções teve como finalidade aplicar todo o conhecimento adquirido ao longo dos estágios desenvolvidos anteriormente assim como mobilizar e desenvolver as respetivas competências de forma a promover cuidados de qualidade à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama, com a implementação do protocolo de articulação da unidade mama com as unidades de internamento gerais.

Este último estágio foi dividido em 2 momentos, as primeiras 3 semanas corresponderam ao envolvimento da equipa e à sua formação nesta área. Já as últimas 3 semanas estavam destinadas para a implementação dos protocolos elaborados assim como para a articulação da unidade de internamento geral com a unidade mama.

Tendo em conta o acima mencionado, os objetivos e as atividades realizadas estão exemplificados de seguida.

Objetivo geral:

Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório

Objetivo específico:

- Envolver a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório

Atividades desenvolvidas

- Apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem;
- Realização de uma sessão de sensibilização e de discussão da prática clínica sobre a mulher proposta para cirurgia de cancro de mama;
- Realização da sessão de formação: Unidade Mama;
- Supervisão dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem da unidade à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório;
- Planeamento e realização do Guia de Boas Práticas: “+Mulher”.

Depois da realização dos ensinamentos clínicos anteriores e tendo em conta as lacunas existentes nas várias unidades de internamento geral, como foi evidente nos resultados aos questionários recolhidos, percebi que antes de implementar alguma coisa tinha que envolver a equipa de enfermagem, mais concretamente, a minha equipa de enfermagem. Assim, comecei por apresentar o projeto de intervenção à equipa durante as passagens de turno para que todos tivessem conhecimento do que estava a ser proposto, ao que todos se mostraram bastante entusiasmados. E foi nessas passagens de turno, e de forma informal, que começámos a identificar que dificuldades é que a equipa apresentava, referindo que o facto de não terem tido formação na área impossibilitava o desenvolvimento de competências e por isso, uma prática de cuidados de qualidade; que até podem ter algum conhecimento na área e o utilizem na sua prática mas que depois a falta de documentos orientadores não existe, o que limita a efetividade dos cuidados prestados. Ressaltaram ainda, que apesar de observarem esporadicamente uma enfermeira, fora da equipa a entrar nos quartos das doentes, desconhecem a sua função e muito menos em que circunstância é que ela aparece na unidade. Estas problemáticas vieram consolidar a necessidade de realizar uma sessão de formação para as equipas

de enfermagem das unidades de internamento, mas também a todos os profissionais de saúde do hospital.

O planeamento e a elaboração da sessão de formação foi realizada em concomitância com a enfermeira perita da unidade mama, revista pela coordenadora da unidade e finalmente, examinada pelo professor orientador antes da sua realização (cf. apêndice 9). A sua divulgação foi feita pela [REDACTED] via correio eletrónico a todos os colaboradores da instituição.

A sessão de formação decorreu na biblioteca do hospital, teve a duração aproximada de 1 hora e focava inicialmente a unidade mama, divulgando a sua função, a sua dinâmica e a sua constituição. Posteriormente dava a conhecer o trabalho já realizado e o que faltava realizar na dita unidade. Finalmente abordava os cuidados de enfermagem no peri-operatório focando o protocolo de articulação enquanto medida de uniformização de cuidados e indiscutivelmente melhoria da prática clínica. No final da exposição oral, demos a conhecer uma entrevista já realizada e publicada na página eletrónica do hospital sobre a unidade mama [REDACTED]. A sessão foi realizada em dois tempos, tendo abrangido essencialmente enfermeiros. Por último, todos os presentes preencheram uma folha de avaliação da sessão, sendo o resultado final bastante satisfatório (cf. apêndice 11) realçando que a formação permitiu adquirir novos conhecimentos e que os mesmos irão ser úteis para o exercício das suas funções. Ressaltaram ainda que os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o seu desempenho e contribuir para o seu desenvolvimento profissional.

O professor orientador foi convidado e esteve presente na sessão de formação. Da discussão final da formação resultaram algumas propostas, nomeadamente não só existir suporte para as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama mas também para os próprios enfermeiros das unidades.

Desta necessidade identificada, considerámos fundamental elaborar um guia de boas práticas a implementar nas unidades de internamento gerais (cf. apêndice 12). Este guia pretende sistematizar as intervenções de enfermagem, nos diferentes contextos de cuidados uniformizando tanto a informação transmitida como os cuidados prestados às mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama, assegurando a efetividade da intervenção de enfermagem. Uma vez que íamos planear e elaborar este guia considerei interessante incor-

porá-lo na dinâmica do grupo [REDACTED] e na sua política de marketing e por isso pedi autorização ao conselho administrativo para a utilização do conceito “+Mulher” que foi aceite imediatamente pela direção do hospital (cf. Apêndice 15). De forma a tornar este conceito mais real contactei um elemento integrativo da equipa que estava a experienciar um diagnóstico de cancro de mama e pedi a sua autorização para ser capa deste projeto, ao qual a mesma autorizou prontamente e assinou o consentimento informado (cf. apêndice 16).

De forma a ter uma noção mais precisa das dificuldades identificadas pela equipa de enfermagem, realizei durante 5 dias, uma supervisão dos cuidados prestados por diferentes elementos da unidade à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório. O intuito seria supervisionar todos os elementos da equipa todavia tal não foi possível devido aos horários dos mesmos, pelo que consegui analisar 7 dos 14 que integram a equipa. A observação foi articulada de acordo com a dinâmica das intervenções sendo que realizei 3 turnos no período da manhã e 2 turnos à tarde. O fato de ter selecionado 2 tardes foi para conseguir observar o acolhimento (muitas vezes as doentes entram na véspera da cirurgia) e o momento da alta clínica. Das observações realizadas detetei falta de confiança nos ensinamentos realizados, assim como falta de suporte para evidenciar os mesmos. Os enfermeiros de um turno para o outro ou realizavam o mesmo ensino ou realizavam todos os ensinamentos no momento da alta clínica “tento fazer os ensinamentos quanto tenho um tempinho com a doente”, “nem sempre existe tempo para fazer os ensinamentos como devem ser”, “eu faço quando a doente me faz perguntas”, “eu costumo dar as recomendações no dia da alta” SIC.

Assim, após debater com o enfermeiro perito e com o auxílio da enfermeira da unidade mama, detetámos a existência de um documento que dava um contributo essencial para a organização, sistematização e evidência dos ensinamentos e cuidados realizados assim como contribuía para a promoção do autocuidado destas mulheres. O dito documento já era utilizado na [REDACTED] [REDACTED] mas nunca tinha sido aplicado no [REDACTED] e por isso decidimos integrá-lo nas respetivas unidades de internamento de forma a solidificar os cuidados de enfermagem (cf. anexo 1). Com esta pesquisa encontramos também um documento sobre o follow-up aplicável a esta população e que auxiliaria no despiste de sintomas e monitorização da reabilitação das mu-

lheres submetidas a cirurgia mamária. As várias equipas de internamento realizavam um contacto telefónico 24 horas após alta clínica, contudo não tinham nenhum suporte ou guia orientador para realizar uma avaliação pertinente e eficaz. Sendo assim, achamos primordial executar também esta ferramenta de apoio telefónico (cf. anexo 2).

A elaboração de protocolos e normas orientadoras contribui para a prática de enfermagem na medida em que visam prevenir complicações, promovem o controlo de sintomas através dos ensinamentos no seu processo de doença, melhorando a capacitação e a qualidade de vida, conduzindo assim, a uma maior satisfação na relação entre enfermeiro e doente, na unidade e na própria instituição de cuidados (OE, 2007a).

Objetivo específico:

- Promover intervenções de enfermagem especializadas às mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório;

Atividades propostas e não desenvolvidas:

- Aplicação da *check-list* no momento do acolhimento da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama;
- Implementação do protocolo de articulação entre a unidade mama e as unidades de internamento gerais;
- Utilização do Guia de Boas Práticas: “+Mulher” ao longo do peri-operatório;
- Aplicação do folheto: Cuidados pós-operatórios - cirurgia mamária
- Utilização do “Procedimento Geral de Preparação para a alta após cirurgia mamária” no peri-operatório;
- Aplicação do “Follow-up do Cliente – Unidade de Mama”.

A implementação do projeto +Mulher ficou aprovada pela unidade mama, pelas enfermeiras coordenadoras das unidades de internamento e até mesmo pelo enfermeiro chefe do hospital.

Tendo como objetivo a capacitação da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama e respetiva família estava proposto:

- Aplicar a *check-list* no momento do acolhimento da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama de forma a orientar o plano de cuidados de cada mulher, personalizando as próprias intervenções de enfermagem (cf. apêndice 4);
- Disponibilizar o guia de boas práticas a todos os enfermeiros da unidade ficando um exemplar em cada sala de enfermagem com o intuito de ser utilizado para esclarecer dúvidas e consolidar práticas de cuidados (cf. apêndice 12);
- Utilizar o folheto dos cuidados pós-operatórios a entregar às mulheres no 1º dia após a cirurgia de forma a capacitá-las e a esclarecer dúvidas relativamente à preparação para a alta (cf. apêndice 14);
- Aplicar o procedimento geral de preparação para a alta após cirurgia mamária a partir do acolhimento na unidade de forma a uniformizar os ensinamentos realizados e a dar continuidade aos mesmos (cf. anexo 1);
- Aplicar o documento do follow-up no contacto telefónico 24 horas após alta clínica (cf. anexo 2);
- Implementar o protocolo de articulação (cf. apêndice 13).

O processo de capacitação e de reabilitação da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama compreende um aumento da consciencialização das potencialidades e das implicações da doença no seu estilo de vida comprometendo uma participação ativa da mulher no seu processo de doença e particularmente na sua relação com o enfermeiro. Este último deve ter a capacidade de mobilizar estratégias, nomeadamente desenvolver uma relação de confiança, advogar, providenciar informação, dar suporte, encorajar e acima de tudo, mobilizá-las de forma dinâmica e interativa (Cabete, 2012). Cabe ao enfermeiro reconhecer que o processo adaptativo é influenciado por interpretações individuais, fatores ambientais e individuais, respostas psicológicas e fisiológicas e recursos disponíveis (Schumacher & Meleis, 2010).

Apesar de ter ficado tudo pronto para ser aplicado na prática de cuidados, o acompanhamento destas mulheres não foi possível de ser realizado. Como a unidade mama não estava ainda preparada para acompanhar de forma efetiva estas doentes, a direção decidiu aguardar para que a unidade mama estivesse preparada e só depois aplicar o projeto de

intervenção na prática clínica. Assim sendo a implementação do projeto assim como a sua avaliação acabou por não acontecer, tendo terminado o meu estágio sem verificar a efetividade do mesmo.

O hospital [REDACTED] e a própria unidade mama vão sofrer alterações físicas pelo que a direção do hospital considerou avançar apenas com o projeto quando as intervenções citadas estivessem terminadas.

Assim, apesar de ter conseguido realizar todas as atividades nas primeiras 3 semanas deste estágio as últimas 3 ficaram aquém do que tinha idealizado e por isso, o objetivo proposto para este último ensino clínico não foi atingido.

Durante este período de espera tive uma proposta de trabalho para a unidade mama do meu primeiro estágio (estágio A) ao qual aceitei com bastante agrado pois considerei um meio mobilizador para o meu percurso profissional e pessoal. Uma vez que iria deixar a unidade de internamento geral, deleguei o cargo de enfermeira responsável a outro elemento da equipa que demonstrava competências e motivação para esta área. A chefe de equipa teve conhecimento e concordou com o elemento de enfermagem delegado. Até ao momento da elaboração deste relatório o projeto +Mulher não foi aplicado. Segundo o enfermeiro responsável a unidade mama assim como a reestruturação do hospital só se irá realizar em meados deste ano.

O cronograma das atividades desenvolvidas, propostas e não realizadas neste estágio estão exemplificadas no apêndice 8.

2. AVALIAÇÃO

2.1 Pontos fortes e fracos

Em qualquer processo de aprendizagem existem conquistas mas também existem dificuldades.

Os estágios realizados ao longo deste projeto permitiram desenvolver aprendizagens que indiscutivelmente contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, particularmente na prestação de cuidados de enfermagem. Cada ensino clínico, de forma singular, proporcionou uma partilha de experiências e conhecimentos com os diversos elementos das equipas, desde enfermeiros generalistas até enfermeiros mestres e peritos na área da mulher com diagnóstico de cancro de mama.

Segundo Serrano, Costa & Costa (2011) “os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados mediado por uma prática reflexiva” (p.23) sendo este projeto de intervenção exemplo disso mesmo. Não só a aprendizagem teórica e prática é suficiente, o próprio enfermeiro deverá reger-se pela prática reflexiva utilizada nos jornais de aprendizagens e nas reflexões críticas realizadas ao longo deste projeto (Le Boterf, 2006). Esta capacidade contribuiu para a análise das intervenções de enfermagem e a melhoria dos cuidados prestados, reconhecida enquanto enfermeiro especialista como cuidados diferenciados e de excelência (OE, 2010). As competências desenvolvidas ao longo dos três estágios, nomeadamente enquanto enfermeira especialista (OE, 2010), enfermeira especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), enfermeira oncologista (EONS, 2013) e mestre (*Joint Quality Initiative informal group*, 2004) estão descritas em apêndice (cf. Apêndice 17).

Os estágios nas unidades mamas, tanto no estágio A como no estágio B permitiu desenvolver vários saberes como o saber fazer, saber ser e saber estar com as mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama.

O primeiro ensino clínico apresentava uma organização e estruturação bastante delineada, com recursos físicos e humanos adequados para a prestação de cuidados de excelência. Todavia existiam dificuldades na prática de cuidados do dia-a-dia que estavam a precisar de ser reformuladas, como o fato

de a consulta pré-cirúrgica ter de ser realizada telefonicamente a doentes residentes fora de Lisboa. A unidade rege-se por protocolos, utilizando uma política e linguagem uniformizada por toda a equipa multidisciplinar.

Já a segunda unidade mama (estágio B) apesar de não estar tão bem estruturada e organizada em recursos físicos, humanos e mesmo administrativos permitiu-me ter um acompanhamento das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama de uma forma mais direta, o que me proporcionou desenvolver competências relacionais incomparáveis. Contudo a falta de recursos humanos, especialmente enfermeiras fez com que o acompanhamento a estas mulheres fosse alterado, uma vez que a enfermeira não consegue estar presente para todas as mulheres nos diversos momentos do itinerário terapêutico, dificultando assim a continuidade de cuidados. O facto da unidade e do próprio hospital estarem a passar por uma reestruturação dificultou a implementação do projeto.

Contudo, o último estágio (C) consistiu no envolvimento e capacitação dos enfermeiros das unidades de internamento geral assim como implementação de documentos de suporte a toda a prática de cuidados dos enfermeiros e às mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama, tendo em conta todos os conhecimentos e competências adquiridas previamente (Eicher, 2015). Há a salientar, como ponto forte, a dinamização das equipas de enfermagem e mesmo a instituição na adesão ao projeto de intervenção. Como ponto fraco saliento o tempo de estágio reduzido e o tempo de aplicação das intervenções.

Apesar de não ter finalizado o projeto, considero ter aproveitado todos os momentos de aprendizagem para crescimento pessoal e profissional. Os enfermeiros orientadores dos vários locais de estágio também avaliaram a minha prestação e o meu contributo nas respetivas unidades como muito positivo (cf. apêndice 18).

2.2 Contribuição do projeto +Mulher para a melhoria da qualidade dos cuidados

A implementação do projeto + Mulher tem como objetivo capacitar a mulher proposta para a cirurgia de cancro de mama, preparando o seu regresso a casa através da capacitação para o autocuidado. A utilização do guia de boas

práticas para os enfermeiros das unidades de internamento geral e a implementação do protocolo de articulação destas unidades com a unidade mama permitirá uma tomada de decisão mais informada e suportada, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Outros dos objetivos seria perceber o contributo da implementação do projeto +Mulher para a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente através da compreensão da adaptação da mulher proposta para cirurgia de cancro de mama ao seu processo de doença e a sua adesão aos ensinios realizados.

Tabela 4. Indicadores de resultado na avaliação do contributo do projeto +Mulher na melhoria da qualidade dos cuidados

Indicadores de Resultado	
$\frac{\text{Número de mulheres com dificuldades na adaptação ao processo de doença}}{\text{Número de mulheres acompanhadas pela equipa de enfermagem}}$	X 100
$\frac{\text{Número de mulheres que aderiram aos ensinios realizados}}{\text{Número de mulheres acompanhadas pela equipa de enfermagem}}$	

Fonte: Autor

Este projeto de intervenção pretende contribuir para a melhoria da prática clínica, nomeadamente dos cuidados prestados à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no peri-operatório, desde o acolhimento até à alta clínica. Assim proporcionou aprofundar e desenvolver conhecimentos acerca do impacto do diagnóstico na vivência de cada mulher, identificação das necessidades das mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama e compreensão da importância da intervenção de enfermagem ao longo do peri-operatório, desde a sensibilização, envolvimento e formação da equipa de enfermagem até à capacitação e reabilitação para o autocuidado destas mulheres.

CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

A implementação do projeto +Mulher surge de uma necessidade identificada na unidade onde exercia funções. Iniciou-se primeiramente através da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e posteriormente através da aplicação das competências nos vários estágios promovendo um desenvolvimento pessoal e profissional centrada numa prática reflexiva.

Tendo como questão de partida “Quais as intervenções de enfermagem especializadas à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama no perioperatório?” foi realizada uma *scoping review* que permitiu identificar e compreender a ação dos enfermeiros nesta área assim como reconhecer o impacto do diagnóstico e da própria intervenção cirúrgica nas mulheres propostas para cirurgia de cancro de mama, nos diversos níveis (físico, emocional, psicológico e social).

O facto de trabalhar numa unidade de internamento geral pressupôs um envolvimento e trabalho mais exaustivo devido à heterogeneidade de doentes. Contudo, considero este percurso bastante gratificante pelo desenvolvimento de competências. Há que salientar que as competências relacionais foram desenvolvidas nos vários ensinamentos clínicos, nomeadamente na unidade mama da instituição uma vez que o acompanhamento destas mulheres era permanente.

Reconhecendo os meus conhecimentos, capacidades e competências considero que me encontro ao nível de enfermeira proficiente na abordagem à mulher proposta para cirurgia de cancro de mama, pois segundo Benner (2001) estas enfermeiras “apercebem-se das situações como uma globalidade e não em termos isolados” (p.54) aprendendo pela experiência a reconhecer situações no seu todo melhorando o seu processo de decisão. Considero que poderei transitar para enfermeiro perito brevemente pois fui convidada a trabalhar na unidade mama [REDACTED] onde a prática de cuidados é puramente centrada nas mulheres com diagnóstico de cancro de mama e onde a experiência é reconhecida, sendo uma das unidades mama, senão a unidade mama de referência do país. Os vários ensinamentos clínicos, particularmente, as tarefas desenvolvidas e os próprios cuidados de enfermagem prestados foram norteados segundo o Código Deontológico dos enfermeiros, preservando sem-

pre o anonimato e a privacidade das várias mulheres com quem tive o privilégio de ir contactando ao longo da realização deste projeto.

Contudo há que reconhecer o facto de não ter sido possível implementar o projeto na unidade onde exercia funções, por motivos institucionais e por isso alheios à minha vontade. Porém a envolvência e disponibilidade de todos os intervenientes nesta dinâmica foi fundamental para o projeto estar pronto para ser executado. Há a salientar também a colaboração do enfermeiro chefe e respetiva direção do hospital face aos vários passos do meu percurso.

Este projeto de intervenção e a sua aplicação na prática de cuidados será um passo importante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estas mulheres no peri-operatório. Todavia, estou convicta que é necessária mais investigação na área nomeadamente em estudos prospetivos sobre a implementação destas intervenções de enfermagem e a sua avaliação de forma a reconhecer a sua importância para a adaptação da mulher ao seu processo de doença e à sua preparação para a alta, permitindo a sua reformulação. Considero, ainda, que a implementação deste tipo de projetos poderão ajudar a personalizar e a individualizar os cuidados de enfermagem permitindo ir ao encontro das necessidades destas mulheres, centrando nelas os cuidados prestados e consequentemente aumentar a satisfação e a capacidade destas para resolver esta transição de saúde/doença.

Para finalizar, acho ainda essencial fazer referência à mobilização de todas as competências adquiridas e desenvolvidas neste percurso de forma a poder contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem nesta área através da participação em congressos e no desenvolvimento da prática de enfermagem através da participação no grupo mama da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP). Até ao momento já fui palestrante na AEOP10 com a comunicação “Cancro da mama na Mulher Grávida”, no ano passado. Encontro-me a desenvolver uma comunicação sobre linfedema e a mudança de paradigma que vai decorrer no mês de Maio no [REDACTED]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, P. & Souza, I. (1999) Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: Considerações sobre o Itinerário Terapêutico. In: Rabelo, M., Alves, P. & Souza, I. *Experiência de Doença e Narrativa*, 125-138, Rio De Janeiro: Fiocruz.

Amorim, C. (2007). *Doença Oncológica da Mama: Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Tese de Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto.

Andolhe, R., Guido, L. & Bianchi, E. (2009). Stress and coping in perioperative period of breast cancer. *Revista Esc Enfermagem USP*, 43(3), 703-711.

Araújo, F. & Fernandes, A. (2008). O significado do Diagnóstico do Câncer de Mama para a Mulher. *Esc Anna Nery Enfermagem*, 12(4), 664-671.

Beck, S., Bialous, S. & Bem-Gal, Y. (2016) The international society of nurses in cancer care: Position statements can aid nurses to think globally and act locally. *Oncology Nursing Forum* 43(2), 253-255.

Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Benson, J. & Pitsinis, V. (2016) Management of the Axilla In: Jatoi & Rody (Ed.) *Management of Breast Diseases* (2nd ed.), 247-271, Cham: Springer.

Brunßem, A. et al (2016) Breast Cancer Epidemiology In: Jatoi & Rody (Ed.) *Management of Breast Diseases* (2nd ed.), 125-137, Cham: Springer.

Bultz, B. (2010) Distress, the 6th vital sign in cancer care – caring for patient's emotional needs: what does this mean and what helps. *Psycho-Oncology*, 43-49.

Cabete, D. (2012) *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. Saarbrücken: Lambert Academy Publication.

Calvo, C. & Jatoi, I. (2016) Surgical Considerations in the Management of Primary Invasive Breast Cancer In: Jatoi & Rody (Ed.) *Management of Breast Diseases* (2nd ed.), 229-245, Cham: Springer.

CANO (2016) *Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO): roles in oncology nursing*. Vancouver: CANO.

Cardoso, F. *et al* (2017) *Breast Cancer: Essentials for Clinicians*. Lugano: ESMO.

Carvalho, A., Santos, T. & Linhares, F. (2012). Promoção do Autocuidado a Mulheres Mastectomizadas. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 485-491.

Cataliotti, L. *et al* (2007) Guidelines on the standards for the training of specialized health professionals dealing with breast cancer. *European Journal of Cancer*, 43, 660–675.

Cho, H. *et al* (2012). A randomized trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 919–929.

Cruickshank, S. *et al* (2008) *Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. UK: John Wiley & sons, Lda.

Direção Geral de Saúde (2014) *Doenças Oncológicas em Números – 2014: Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: DGS.

Drageset, S. *et al* (2011) Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1941-1951.

Drageset, S., Lindstrøm, T., Underlid, K. (2010) Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158.

Eicher, M. (2015). Developing and testing supportive care interventions. *EONS Magazine Autumn 2015*, 21–23. Bruxelas: EONS

EONS (2012) *European Oncology Nursing Society (EONS) position statement: the role of nurses in cancer care*. Londres: EONS.

EONS. (2013) *Cancer Nursing Curriculum (4th ed.)* Bruxelas: Harris DPI.

ESMO. (2013). *Cancro da mama: Um Guia Para o Doente*. Lugano: ESMO

Greenberg, D. (2016) Psychological support for the breast cancer patient In: Jatoi & Rody (Ed.) *Management of Breast Diseases (2nd ed.)*, 565-573, Cham: Springer.

Globocan (2012) *Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Lyon: IARC – WHO.

Joint Quality Initiative Informal Group (2004) *Shared Dublin´ descriptors for short cycle, second cycle and third cycle awards*. Dublin: JQI. Disponível em http://www.fibaa.org/fileadmin/files/folder/FIBAAFbkPROG/dublin_descriptors.pdf

Klastersky, J. et al (2016) Supportive / palliative care in cancer patients: quo vadis? *Support Care Cancer*, 24, 1883–1888.

Le Boterf, G. (2006) Avaliar a competência de um profissional – três dimensões a explorar. *Revista Pessoal*, 60-63.

MASCC (2016) *Supportive Care in Cancer. Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. Ontário: Fred Ashbury & H.-J. Senn. Disponível em: <http://www.mascc.org/>

Meleis, A. (2007) *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4thed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.

Moniz, P., Fernandes, A. & Oliveira, L. (2011) Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta de enfermagem perioperatória. *Revista de enfermagem Referência*, III (5), 163-171.

Middleton, R. (2014). Meeting the psychological care needs of patients with cancer. *Nursing Standard*, 28(21), 39–45.

Oliveira, L. *et al* (2013) A feminilidade e sexualidade da mulher com câncer de mama. *Revista Científica da Escola da Saúde – Universidade Potiguar*, 3(1) 43-53.

ONS (2016) Oncology Nursing Society (ONS): *The role of the advanced practice registered nurse in oncology care*. Pittsburgh: ONS.

Ordem dos Enfermeiros (2004) *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2007a) *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Ma_nuais_BPraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: OE.

Orem, D. (2001) *Nursing: Concepts of Practice*. St^o Louis: Mosby.

Registo Oncológico Nacional. (2009). *Registo Oncológico Nacional de todos os tumores malignos na população residente em Portugal (ROR-SUL)*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia F.G.

Santos, D. & Vieira, E. (2011) Imagem corporal das mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16(5) 2511-2522.

Sinn, H. (2016) Premalignant and Malignant Breast Pathology In: Jatoi & Rody (Ed.) *Management of Breast Diseases* (2nd ed.), 179-193, Cham: Springer.

Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions Theory. In: *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, 52-64, New York: Springer Publishing Company.

Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011) Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência (s). *Revista Enfermagem Referência*, III (3), 15-23.

Stephens, P. *et al* (2007). Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients with Breast Cancer After Surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 253–258.

Vidal, M., Paré, L. & Prat, A. (2016) Molecular classification of breast cancer In: Jatoi & Rody (Ed.) *Management of Breast Diseases* (2nd ed.), 203-219, Cham: Springer.

Vieira, G. *et al* (2012) Impacto do Câncer na Autoimagem do indivíduo: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 26(2), 533-540.

Zabala, A. & Arnau, L. (2010) *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artemed.