



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**A mulher submetida a procedimentos invasivos da
mama – intervenção de enfermagem especializada**

Ana Filipa Inácio da Fonseca Fernandes

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**A mulher submetida a procedimentos invasivos da
mama – intervenção de enfermagem especializada**

Ana Filipa Inácio da Fonseca Fernandes

Orientador: Professora Doutora Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Podemos eliminar o medo e a incerteza que advém do diagnóstico de cancro,
e substituí-lo por determinação, por dignidade e esperança.”

Stella Kyriakides

Para a minha mãe, Maria José Lobato Inácio (*in memoriam*), um exemplo de resiliência, coragem, força e vida, procurando contribuir, através do estudo do seu quadro clínico, para que a ciência encontrasse respostas para ajudar os que se vêem confrontados com um diagnóstico de cancro do pâncreas. Sem o teu amor, incentivo e apoio incondicional, os meus sonhos e este projeto, não teriam sido possíveis.

Continuarei o que te prometi e sei que estarás sempre comigo...

Agradecimentos

O relatório de estágio aqui apresentado é a soma de muitas horas de trabalho, pesquisa, leitura e reflexão. É o reflexo da minha dedicação, esforço, empenho e principalmente, de união. Ninguém constroi nada sozinho e neste momento, em que atinjo os objetivos a que me propus, todos os sentimentos de preocupação, ansiedade, dúvida e cansaço experienciados no decurso deste mestrado dão lugar a outro, Gratidão. Desde o início deste mestrado que contei com a confiança, apoio, compreensão e sapiência de inúmeras pessoas e instituições, às quais me encontro muito grata, pelos seus contributos.

À Professora Doutora Patrícia Vinheiras Alves, o meu agradecimento pela sua disponibilidade, pela partilha de conhecimentos e valiosas contribuições para a minha aquisição de competências e para este relatório. Acima de tudo, pela compreensão e apoio num dos momentos mais difíceis da minha vida.

A todo o corpo docente do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, coordenado pela Professora Doutora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá, pela dedicação, apoio e ensinamentos transmitidos, contribuindo para a minha formação avançada.

Ao Enfermeiro Diretor e Enfermeira Coordenadora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da instituição onde desempenho funções, pela confiança e incentivo, permitindo-me contribuir para a melhoria dos cuidados às mulheres afetadas pelo cancro de mama.

À Enfermeira Mónica, pelo exemplo diário, pelo apoio e pela amizade. Uma verdadeira líder, que conhece o caminho e mostra o caminho à equipa para que atinja o seu máximo potencial.

À atual chefia e colegas do meu serviço, e do Centro de Oncologia, pela compreensão, apoio, paciência para me ouvirem e por contribuírem com os seus conhecimentos para o sucesso deste projeto.

Aos médicos da equipa interdisciplinar da mama, com quem tenho o privilégio de trabalhar diariamente, e ao atual Presidente da Sociedade Portuguesa de Senologia, pelo

encorajamento, partilha de conhecimentos e valorização da intervenção da enfermagem no acompanhamento destas mulheres com suspeita e diagnóstico de cancro de mama.

Aos meus orientadores, Enfermeira Ana, Enfermeira Marta e Enfermeira Vanda, pela disponibilidade, dedicação, orientação e amizade, contribuindo para a minha formação e planeamento do projeto.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo, amizade e partilha ao longo destes 18 meses. Foi uma honra e um orgulho para mim crescer profissional e pessoalmente a vosso lado, construindo amizades que ficarão de certo para a vida.

Mas o meu maior agradecimento, à minha família, aos meus tios, primos, sogra, enteados, cunhado, e principalmente ao meu pai, à minha filha, e ao meu companheiro, por serem o meu porto seguro, pelo cuidado, pelo carinho, pela força transmitida, por acreditarem sempre em mim, por compreenderem a minha ausência e por reconhecerem a importância desta etapa para mim e para as pessoas de quem cuido. Amo-vos até ao fim do tempo.

Siglas e Abreviaturas

ASM – Área da Saúde da Mulher

BAV – Biópsia Assistida por Vacuo

BI-RADS – *Breast Imaging Reporting and Data System*

BRCA – *Breast Cancer Gene*

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CO – Centro de Oncologia

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECIS – *European Cancer Information System*

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – *European Society for Medical Oncology*

Europa Donna – *European Breast Cancer Coalition*

EUSOBI – *European Society of Breast Imaging*

EUSOMA – *European Society of Breast Cancer Specialists*

IARC – *International Agency For Research on Cancer*

JCI – *Joint Commission International*

LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NURSE – *Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRCM – Programa de Rastreio para Cancro de Mama

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPIKES – *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and summary*

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UC – Unidade Curricular

Resumo

Em Portugal, o cancro é um dos problemas de saúde de maior magnitude, no qual o cancro de mama se destaca pela sua elevada prevalência e incidência. A constante evolução e progresso da medicina e da tecnologia, no âmbito do rastreio, da deteção precoce e do tratamento do cancro de mama, têm permitido classificar os procedimentos realizados, em imagiologia de intervenção, como minimamente invasivos. Embora de natureza “mínima”, estes procedimentos encontram-se envoltos em ansiedade, medo, stress, incerteza associada ao procedimento, ao possível diagnóstico de um cancro ou até mesmo ao sucesso dos tratamentos. A intervenção dos enfermeiros oncológicos nas unidades especializadas é fundamental, fornecendo aconselhamento, informação e apoio à pessoa e família, no entanto, este acompanhamento tem início após a confirmação diagnóstica. Identificando-se na prática clínica esta problemática e com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama e sua família, foi projetada uma consulta de enfermagem de acolhimento e *follow up*, sustentada na filosofia de cuidados da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel. O presente relatório de estágio, decorrido em duas unidades de mama certificadas pela EUSOMA e na instituição onde trabalho, pretende documentar o percurso realizado para a aquisição de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Específicas de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crónica, as competências descritas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS) e de Mestre, no âmbito do cuidado à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de patologia maligna da mama e os resultados obtidos. Assim, considero que a pesquisa realizada sobre um tema pouco desenvolvido, a observação e prestação de cuidados, refletida criticamente nos respetivos locais de estágio, os instrumentos de apoio à prática construídos, a satisfação das mulheres/famílias na avaliação dos cuidados e o reconhecimento recebido pela instituição, me permitem concluir que me foi possível desenvolver as competências propostas, atingindo o nível de perito, mantendo a vontade de continuar a aprofundar a formação nesta área e melhorar os cuidados prestados na minha instituição.

Palavras-chave: mulher, rastreio, procedimentos invasivos, cancro de mama, intervenção de enfermagem.

Abstract

In Portugal, cancer is one of the health problems of greatest magnitude, in which breast cancer stands out due to its high prevalence and incidence. The constant evolution and progress of medicine and technology, in the context of screening, early detection and treatment of breast cancer, have made it possible to classify the procedures performed, in interventional imaging, as minimally invasive. Although “minimal” in nature, these procedures are surrounded by anxiety, fear, stress, uncertainty associated with the procedure, the possible diagnosis of cancer or even the success of the treatments. The intervention of oncology nurses in specialized units is fundamental, providing practical advice, information and support to the person and family, however, this support begins after diagnostic confirmation. Identifying this problem in clinical practice and with the aim of contributing to improving the quality and safety of nursing care for women undergoing invasive breast procedures and their families, a initial and follow-up nursing consultation was designed, supported in the care philosophy of Merle Mishel's Theories of Uncertainty in illness. This internship report, which took place in two breast units certified by EUSOMA and in the institution where I work, aims to document the journey taken to acquire common skills as a specialist nurse, specific to a specialist in medical-surgical nursing, for people with a chronic condition, the skills described by the European Oncology Nursing Society (EONS) and master's degree, within the scope of care for women with suspicion and/or diagnosis of malignant breast pathology and the results obtained. Therefore, I consider that the research carried out on a topic underdeveloped, the observation and provision of care, critically reflected in the respective internship locations, the practice support instruments constructed, the satisfaction of women/families in the evaluation of care and the recognition received by my institution, allow me to conclude that it was possible for me to develop the proposed skills, reaching the expert level, maintaining the desire to continue to deepen training in this area and continue to improve the care provided in my institution.

Keywords: woman, screening, invasive procedures, breast cancer, nursing intervention.

Índice

Introdução.....	20
1. Enquadramento Teórico.....	27
1.1 A mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, em imagiologia de intervenção	27
1.2 Intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama em imagiologia de intervenção	34
1.3 A teoria da incerteza na doença de Merle Mishel e a sua aplicação na prática de cuidados	39
2. Execução de Actividades Planeadas	44
2.1 Unidade de Mama do Hospital A	46
2.2 Unidade de Mama do Hospital B	52
2.2 Área da Saúde da Mulher do Hospital C	57
3. Avaliação	66
4. Conclusão e Trabalho Futuro.....	71
Referências Bibliográficas.....	74

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de presença: XIX Jornadas de Senologia

APÊNDICES

APÊNDICE I – Sondagem de diagnóstico de necessidades da equipa de enfermagem

APÊNDICE II – Análise da sondagem diagnóstica de necessidades da equipa de enfermagem

APÊNDICE III – A mulher submetida a procedimentos invasivos da mama: intervenção de enfermagem especializada – *revisão scoping*

APÊNDICE IV – Descrição da Unidade de Mama Hospital A

APÊNDICE V – 1º Reflexão crítica de aprendizagem

APÊNDICE VI – *Check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de acolhimento

APÊNDICE VII – *Check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de *follow up* telefónico

APÊNDICE VIII – Instrumento de colheita de dados orientador da consulta de enfermagem de acolhimento

APÊNDICE IX – Descrição Unidade de Mama Hospital B

APÊNDICE X – 2º Reflexão crítica de aprendizagem

APÊNDICE XI – Fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção
- fase diagnóstica

APÊNDICE XII – Fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção
- fase de tratamento

APÊNDICE XIII – Guia orientador da consulta de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção

APÊNDICE XIV – Plano de sessão: “Cuidado integrativo em oncologia”

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo da Incerteza Percebido na Doença.....41

Figura 2 – Modelo Reconceptualizado da Incerteza na Doença Crónica.....43

Introdução

O presente relatório emerge no âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio com Relatório, do 2º ano, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), intitulado “A Mulher Submetida a Procedimentos Invasivos da Mama – Intervenção de Enfermagem Especializada”, com o propósito de apresentar, de forma crítica e reflexiva, a trajetória desenvolvida para obtenção de conhecimentos aprofundados e o consequente reconhecimento da aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista¹, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, e de Mestre.

Assumindo a minha responsabilidade profissional, ética e legal, e com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de patologia maligna da mama, o projeto de estágio supracitado, teve em consideração a minha área de interesse pessoal e profissional, sentindo necessidade de investir na minha formação, que era igualmente extensível aos enfermeiros do serviço onde desempenho funções; as necessidades da mulher e famílias de quem cuido, descrita pela evidência científica e observada na prática de cuidados; as necessidades e interesses do serviço e do hospital onde desempenho funções; e a sua exequibilidade.

Em 2020, o cancro de mama, foi a patologia oncológica mais diagnosticada em todo o mundo, e nas mulheres, foi responsável por um em cada quatro casos de cancro e um em cada seis mortes por cancro, ocupando o primeiro lugar em termos de incidência (em 159 países) e mortalidade (em 110 países) em todo o mundo (*International Agency For Research on Cancer* [IARC], 2020).

Em Portugal, anualmente, estima-se que sejam diagnosticados mais de 7.000 novos casos, e que cerca de 1.800 mulheres morram da doença, prevendo-se que até 2040, iremos assistir a um aumento da incidência na ordem dos 5,3%, e de 19,6% na taxa de mortalidade, nas mulheres com mais de 40 anos (*European Cancer Information System* [ECIS], 2023).

¹ De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, (...)” (OE, 2019, p. 4744).

Apesar destas previsões, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2021), a taxa de mortalidade encontra-se abaixo da média europeia, resultante da ampliação da cobertura geográfica dos Programas de Rastreio para Cancro de Mama (PRCM), da qualidade dos mesmos por mamografia e do aumento da sobrevivência da população (Martins *et al.*, 2020). Ainda, a prevalência do cancro de mama tem seguido a evolução crescente da incidência devido à melhoria e eficácia dos resultados terapêuticos (Martins *et al.*, 2020).

Nos países de baixo e médio rendimento, as marcantes mudanças no estilo de vida, nos contextos socioculturais e no ambiente construído, têm tido um grande impacto na prevalência dos fatores de risco para cancro de mama, nos quais se destacam a idade cada vez mais tardia da primeira gravidez, o número reduzido de filhos, a obesidade e inatividade física, sendo fundamental a definição de diretrizes, baseadas em evidência e nos recursos estratificados, que contribuam para a deteção precoce e tratamento, no contexto prático (IARC, 2020).

Neste sentido, em 2021, a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) em conjunto com a *MOAI Consulting*, realizou um estudo nacional com o objetivo de avaliar e quantificar o impacto económico e psicossocial que esta patologia apresenta para a pessoa e sociedade, contribuindo para a definição de medidas mais eficazes. Na amostra deste estudo, constituída maioritariamente por mulheres (apenas 3 homens), 63% tinha entre 41 e 55 anos, 75% foi diagnosticada entre os 30 e os 49 anos, 82% foi diagnosticada com doença precoce, 72% estava em remissão e apenas 24% se encontrava em tratamento.

As principais conclusões do estudo, apontam que o cancro de mama tem um impacto muito significativo no bem-estar físico e psicológico destas doentes, na sua vida familiar, nos seus projetos de vida e profissionais. A nível económico, estima-se que o impacto indireto do cancro da mama seja de cerca de 1.376,1 milhões de euros por via dos salários e em média, cada doente, gastou no último ano cerca de 907€ em diversas componentes relacionadas com a sua doença, como consultas no setor privado, medicamentos e tratamentos não convencionais.

Importa ainda mencionar que relativamente ao local do diagnóstico, 46% foram diagnosticados no setor privado, 42% no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e cerca de 8% no programa de rastreio da LPCC. No entanto, cerca de 70% da amostra é acompanhada em hospitais públicos, 19% no setor privado e 8% em ambos os setores. Dos inquiridos,

que mantém o seguimento em contexto privado, 96% têm pelo menos um subsistema complementar de saúde.

Embora o estudo em causa, tenha decorrido em pleno contexto pandémico, em que se verificou o adiamento de consultas e tratamentos no setor público, a escolha do setor privado no momento diagnóstico, leva-me a inferir, que a celeridade na realização dos exames necessários ao mesmo e a disponibilidade de consultas, estiveram na origem da sua escolha. No entanto, a toxicidade financeira, vivida no decurso desta doença, tornam necessária a escolha do setor público para o seguimento.

Na fase diagnóstica e de tratamento, a mulher será submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção. Os avanços da medicina e tecnológicos têm permitido classificá-los como de natureza “mínima”, no entanto, a evidência demonstra que encontram-se envoltos em ansiedade, medo, stress, incerteza associada ao procedimento, ao possível diagnóstico de um cancro ou até mesmo ao sucesso dos tratamentos e a preparação psicológica, além da preparação física dos doentes para estes procedimentos continua sem ser estudada (Tuck & Krenzischek, 2020).

A Área da Saúde da Mulher (ASM), onde desempenho funções, dedica-se ao acompanhamento das mulheres ao longo do seu ciclo vital, seja na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças do aparelho reprodutor, na gravidez ou na promoção do seu bem-estar após a menopausa, nos quais se inclui a consulta de senologia, a consulta de cirurgia mamária, a imagiologia mamária e os procedimentos invasivos da mama de diagnóstico e ao longo da trajetória de doença, sendo um dos serviços de referência em caso de ameaça, suspeita ou diagnóstico de cancro de mama, em parceria com o Centro de Oncologia (CO), integrando assim a equipa interdisciplinar da mama.

Há 8 anos, fui desafiada pela minha chefia e direção de enfermagem, a colaborar na integração da imagiologia mamária no serviço, pelo interesse e motivação já na altura presentes na área de intervenção oncológica. Aprendi com os melhores peritos do país em imagiologia mamária, a quem muito agradeço, a vertente técnica da imagem e dos procedimentos invasivos da mama, e autodidaticamente investiguei sobre a nossa intervenção neste contexto, sentindo necessidade de investir na minha formação como forma de dar resposta às necessidades de cuidados destas mulheres.

Em 2020, em pleno contexto pandémico, pude colocar-me no lugar das famílias às quais foi diagnosticado cancro, experienciando o impacto que esta doença tem na pessoa e no seio familiar. Por estas razões, e com o impulso da minha família, decidi ingressar nesta especialidade e mestrado.

Nos últimos três anos, no meu serviço foram efetuados, anualmente, uma média de 13.000 rastreios e 500 procedimentos invasivos em imagiologia de intervenção, com um decréscimo de cerca de 20% no volume total no ano de 2020, devido ao contexto pandémico de COVID-19.

Pela observação da prática, apercebi-me que durante a fase diagnóstica², após a realização de estudo mamário de rastreio ou diagnóstico, a mulher proposta para procedimentos em imagiologia de intervenção, percorria sozinha o complexo caminho dos cuidados, até à confirmação diagnóstica. O primeiro contacto com a equipa de enfermagem ocorria, maioritariamente, no dia e minutos antes do procedimento invasivo, sendo perceptível o sofrimento psicológico experienciado pela mulher e família, perante este evento ameaçador e desconhecido, não dispondo de informação clara, que respondesse às suas necessidades e que lhes permitisse atribuir um significado a este evento.

Aquando do planeamento deste projeto, consultei informalmente algumas doentes, com as quais desenvolvi uma relação terapêutica e que acompanhei desde o período diagnóstico, procurando compreender a sua percepção relativamente a esta problemática, confirmando que para elas foi fundamental a nossa intervenção na diminuição das barreiras burocráticas, na calendarização atempada dos exames e consultas, no fornecimento de informação e no apoio emocional desde o momento da suspeita e no decurso dos procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, a que foram propostas ao longo da trajetória de doença.

A minha dedicação nesta área permitiu-me igualmente verificar que a enfermagem oncológica começa hoje a reconhecer o seu valor na prevenção e na deteção precoce do cancro, pelo nível de educação, de confiança e pela relação que estabelecem com a pessoa, família e comunidade (*European Oncology Nursing Society [EONS], 2021*).

² De acordo Vogel (2011), o diagnóstico tem início quando a pessoa procura ajuda de um profissional de saúde, podendo este período prolongar-se durante algumas semanas até à confirmação diagnóstica.

De acordo, com a atualização dos requisitos das Unidades de Mama, publicados pela *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA), as avaliações diagnósticas dos achados imagiológicos suspeitos devem ser realizadas nestas unidades (Biganzoli *et al.*, 2020), não sendo claro que o imagiologista e os técnicos de radiologia sejam os únicos responsáveis por colaborar diretamente nos procedimentos invasivos da mama.

Ao longo do documento, enfatizam a intervenção das *Breast Care Nurses* como essenciais na orientação e acompanhamento dos doentes, devendo encontrar-se disponíveis desde o diagnóstico e ao longo da trajetória de doença (Biganzoli *et al.*, 2020). Apesar de disponíveis, tradicionalmente o contato com a equipa de enfermagem tem início após o diagnóstico.

Por outro lado, a *European Society of Breast Imaging* (EUSOBI), nas suas recomendações, menciona que durante a realização de intervenções guiadas por ecografia, o imagiologista deve encontrar-se acompanhado pelo enfermeiro ou técnico de radiologia (Evans *et al.*, 2018).

Em Portugal, nas Unidades de Mama, clínicas e consultórios estes procedimentos ocorrem, maioritariamente, sem o apoio e a intervenção da enfermagem.

Embora as recomendações não sejam claras relativamente à intervenção dos enfermeiros em imagiologia de intervenção mamária, a evidência demonstra, neste contexto e principalmente na fase diagnóstica, a necessidade de acompanhamento e apoio psicoemocional e educacional, contribuindo para a preparação psicológica e física da pessoa e família submetida a estes procedimentos, e de se intervir durante os mesmos, aplicando medidas que reduzam a ansiedade e o risco de complicações.

Deste modo, quando adequadamente informada, a mulher lida melhor com a possibilidade de um diagnóstico de cancro, tem maior confiança na equipa prestadora de cuidados, encontra-se mais preparada para participar na tomada de decisão sobre as hipóteses terapêuticas (Harding, 2015), o que resulta numa redução da ansiedade e no aumento da satisfação com os cuidados de saúde (Tuck & Krenzischek, 2020).

Após refletir sobre a problemática, da leitura da bibliografia e subsidiando-me na minha experiência profissional nesta área, a filosofia de cuidados selecionada e que sustenta este projeto, é a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel (1988, 1990). A incerteza na doença persiste ao longo da trajetória da doença oncológica, desde a fase pré diagnóstica, diagnóstica, durante os tratamentos e de sobrevivência, sendo definida

como um estado cognitivo no qual a pessoa é incapaz de atribuir um significado aos acontecimentos, sendo a sua gestão fundamental para a adaptação à doença, no qual os enfermeiros desempenham um papel essencial como fornecedores de estrutura (Bailey & Stewart, 2004; Guan *et al.*, 2021; Mishel, 2014).

Durante a planificação deste projeto foi realizada uma sondagem de necessidades da equipa, aplicada por questionário, com uma percentagem de adesão de 100% (Apêndice I e II). Nesta sondagem verificou-se que 58,3% da equipa apresenta um nível educacional avançado, no entanto a sua área de intervenção é a Saúde Materna e Obstétrica. Igualmente, 75% da equipa apresenta menos de 5 anos no serviço, o que explica a insegurança e desconforto nos cuidados à população alvo deste projeto, reconhecendo a necessidade de aprofundamento de conhecimentos, e de se estruturar uma consulta de enfermagem individualizada, centrada nas necessidades da mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama. Importa ainda referir que a equipa de enfermagem tem-se demonstrado motivada, contando com a sua colaboração para a implementação do projeto.

O investimento significativo do hospital, do serviço e da equipa de enfermagem centrado na qualidade dos cuidados especializados na área da Saúde Materna e Obstétrica, começa a expandir-se para outras vertentes, nomeadamente ao nível da doença oncológica na mulher, pretendendo-se igualmente com este projeto evidenciar a necessidade e contribuir para que num futuro próximo, se implemente uma Unidade de Mama, especializada nos seus cuidados.

Todo o contexto descrito, demarcou o ponto de partida desta trajetória, formulando-se como questão de partida: “Qual a intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção?”.

Deste modo, construí um projeto de formação e intervenção que contemplou a realização de três estágios, entre 26 de Setembro de 2022 e 11 de Fevereiro de 2023, em duas Unidades de Mama acreditadas pela EUSOMA e no serviço onde desempenho funções, descrevendo-se neste relatório, as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos e os seus resultados, bem como o contributo destas aprendizagens para a aquisição de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2019), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2018), Competências da *EONS Cancer Nursing Education*

Framework (EONS, 2022) e de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018), com o intuito de implementar uma consulta de enfermagem de acolhimento e de *follow up* telefónico, à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção.

O relatório que de seguida apresento, encontra-se organizado em quatro capítulos: um primeiro capítulo onde dou a conhecer ao leitor o enquadramento teórico deste projeto, explorando as recomendações na deteção precoce de cancro de mama, os procedimentos invasivos e a experiência da mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, em imagiologia de intervenção; a intervenção de enfermagem especializada, identificada neste contexto; e a aplicabilidade da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, no estudo da experiência da mulher em imagiologia de intervenção e na definição da nossa intervenção na gestão da incerteza. No segundo capítulo, descrevo a metodologia aplicada, o percurso efetuado, a escolha dos campos de estágio e as atividades desenvolvidas com o intuito de atingir os objetivos a que me propus. No terceiro capítulo, exploro as considerações éticas do projeto, e utilizando uma análise SWOT, identifico os pontos fortes e fracos do mesmo, bem como os seus contributos para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, com base no trabalho realizado. Por fim, termino com uma conclusão, onde irei resumir os principais resultados e as perspetivas futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1 A mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, em imagiologia de intervenção

Reconhece-se hoje a importância da prevenção como a estratégia mais eficaz e com menos custos, a longo prazo, no controlo do cancro (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017), existindo estudos da IARC que demonstram que um terço de todos os casos de cancro da mama podem ser prevenidos na Europa através da manutenção de um estilo de vida saudável (*European Breast Cancer Coalition* [Europa Donna], 2023a).

A prevenção primária consiste num conjunto de estratégias que contribuem para prevenir e proteger a pessoa de desenvolver cancro de mama (Europa Donna, 2023b). Embora existam fatores de risco que não são modificáveis, como a idade, os antecedentes familiares, os antecedentes de patologia mamária, a menarca precoce e a menarca tardia (Pereira, 2008), o investimento na atividade física, numa dieta equilibrada e na manutenção de um peso corporal normal são três escolhas de estilo de vida simples, mas cruciais, na diminuição desse risco (Europa Donna, 2023b).

A prevenção secundária refere-se às técnicas usadas para detectar o cancro de mama, principalmente em estadios iniciais (Europa Donna, 2023c). A evidência demonstra que 70 a 80% das situações de doença oncológica detetadas num estadio inicial são curáveis (Martins *et al.*, 2020), enfatizando a importância da sua deteção precoce, através dos rastreios e do diagnóstico precoce, alterando a história natural de uma doença potencialmente incapacitante ou fatal (Berg, 2019a) e “permitindo maximizar o potencial de sucesso da sua abordagem terapêutica” (Martins *et al.*, 2020, p.84).

Na deteção precoce do cancro de mama, a mamografia mantém-se como a técnica de eleição para a população em geral e nos PRCM (Loewenthal & Marques, 2017), e a evidência demonstra que esta técnica permite a sua deteção numa fase mais precoce, em que 75% destes são carcinomas ductais *in situ* ou T1N0, enquanto mais de 50% dos cancros clinicamente detetados são T2 ou superiores e muitas vezes com gânglios axilares positivos (Berg, 2019a). Embora o rastreio por mamografia se demonstre eficaz na redução da mortalidade (Berg, 2019a), esta taxa é caracterizada pela desigualdade,

pois varia em função da capacidade dos países de diminuírem as barreiras no diagnóstico e tratamento que comprometem a sobrevivência (IARC, 2023).

Assim, a definição de orientações para um adequado rastreio populacional torna-se essencial, sendo eficazes se aplicados a doenças malignas com elevadas taxas de incidência e mortalidade, com história natural conhecida, com alta taxa de prevalência numa fase pré-clínica e com tratamento eficaz caso seja detetado cancro (Smith *et al.*, 2011). Do mesmo modo, devem ser precisos, seguros, minimamente invasivos e acessíveis a toda a população (Smith *et al.*, 2011).

Em Portugal, existem Programas de Rastreio Oncológico de Base Populacional, direcionados a três patologias, nos quais se inclui o cancro da mama, sendo a monitorização e avaliação periódica destes da responsabilidade da DGS, de acordo com o Despacho 8254/2017, de 21 de setembro, baseando-se no Plano Nacional de Saúde, nas Orientações Programáticas do Plano Nacional de Doenças Oncológicas, e nas recomendações europeias (DGS, 2021). De acordo com a DGS (2022a), até ao final de 2020, em Portugal Continental, para o rastreio de cancro de mama, a proporção de cobertura geográfica era de 77,8%; a cobertura populacional era de 39,2%; e a adesão era de 61,1%, encontrando-se igualmente definido como meta até 2030, nos programas de rastreio, alcançar uma proporção de cobertura geográfica de 100%, uma cobertura populacional superior a 95%; e uma adesão superior a 65%.

Relativamente às recomendações da União Europeia, todas as mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 74 anos devem realizar mamografia, e esta deve ser efetuada a cada dois a três anos, dependendo do grupo etário, diminuindo o risco de sobre-diagnóstico (*European Breast Cancer Guidelines*, 2023a).

No caso de mulheres, com idades compreendidas entre 45 e 74 anos, assintomáticas e com rastreios anteriores em que foi identificada uma maior densidade mamária, as orientações europeias passam pela realização de tomossíntese mamária digital, uma técnica de imagem 3D, com o potencial de aumentar a visualização e superar a sobreposição de tecidos, melhorando assim a deteção de lesões mamárias (*European Breast Cancer Guidelines*, 2023b).

Nas mulheres que apresentam um risco de cancro de mama superior à média, nas quais se incluem as mulheres com história familiar de cancro de mama e portadoras comprovadas de mutação BRCA 1 e 2, a *European Society for Medical Oncology* [ESMO]

(Cardoso *et al.*, 2019) recomenda ressonância magnética e mamografia anuais (no mesmo ano ou em anos alternados).

Embora exista cada vez mais evidência que guia as recomendações quanto à realização dos rastreios, o debate mantém-se ainda relativamente aos seus riscos e benefícios, sendo o principal em torno dos falsos positivos, que varia em função da frequência dos rastreios, o “sobre-diagnóstico”, difícil de quantificar e que pode originar um “sobre-tratamento”, e outros riscos potenciais como a exposição a radiação, a dor, a ansiedade e outros efeitos psicológicos (Martins *et al.*, 2020).

Os exames de rastreio anteriormente descritos, são classificados de acordo com um léxico padronizado, que facilita a comunicação dos resultados e a sua interpretação, o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS) [Berg, 2019b].

De acordo com a Europa Donna (2023c), na prevenção secundária, inclui-se também a consciencialização das mulheres sobre as características das suas mamas, pois embora existam estudos que demonstram que o auto-exame da mama não reduz as mortes associadas a este cancro, esta estratégia irá permitir que procurem aconselhamento médico se detetarem alterações.

No período pré-diagnóstico, a demora na procura dos cuidados de saúde, pode ser atribuída à perceção da pessoa quanto à significância e gravidade do sintoma, às crenças pessoais sobre o cancro e tratamentos associados, e aos recursos financeiros (Vogel, 2011).

O diagnóstico de cancro de mama, baseia-se numa tripla avaliação, constituída por um exame objetivo (história da pessoa e exame físico), em combinação com técnicas de imagem e confirmação anátomo-patológica (Biganzoli *et al.*, 2020; Martins *et al.*, 2020).

Para este relatório de estágio, irei apenas focar-me nos procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, utilizados na instituição onde desempenho funções.

A biópsia mamária guiada por imagem representa uma técnica fundamental para caracterização anátomo-patológica, de lesões mamárias suspeitas (palpáveis ou não), sendo considerado um procedimento seguro, económico, que permite um diagnóstico preciso e fundamental para a tomada de decisão adequada quanto ao plano terapêutico (Bick *et al.*, 2020).

A biópsia mamária guiada por imagem tem substituído a biópsia excisional (ou cirúrgica) pela abordagem minimamente invasiva e pelas características anteriormente

descritas. No caso de uma biópsia, da qual resulte um diagnóstico patológico de uma lesão de alto risco, pode ser sugerido pelo imagiologista ou médico de referência repetir biópsia, biópsia excisional ou vigilância por técnicas de imagem (Bick *et al.*, 2020), sendo a capacidade da pessoa gerir a ansiedade associada, valorizada nesta tomada de decisão.

Esta técnica, inclui a biópsia aspirativa por agulha fina, microbiópsia ou core biópsia e a biópsia assistida por vácuo [BAV].

A escolha do tipo de biópsia, tem em consideração o tipo de lesão, a sua dimensão, a sua localização, as dimensões da mama e a técnica de imagem que permite a sua visualização. No entanto, sempre que a lesão for bem identificada por ecografia mamária, esta deve ser a técnica de imagem preferencial, pela fácil abordagem e a curta duração do procedimento (experiência mais confortável para a mulher), bem como um menor custo (Bick *et al.*, 2020).

Existe ainda outra técnica diagnóstica, a galactografia, que possibilita a identificação de lesões no interior dos ductos (Ojeda-Fournier & Berg, 2019).

A marcação com clip, consiste na referência do leito tumoral, no final da biópsia, assegurando a ressecção do local correto e permitindo a avaliação anátomo-patológica da peça operatória em caso de cirurgia (Martins *et al.*, 2020).

Após a confirmação anátomo-patológica de uma lesão mamária, com indicação para excisão cirúrgica, pode ser solicitada a referência da região. A marcação pré-operatória com arpão, permite a sua rápida e precisa localização, durante o ato cirúrgico, encontrando-se indicada em lesões mamárias não palpáveis (Butler & Berg, 2019).

Todas estas técnicas, à exceção da galactografia, são realizadas com recurso a anestesia local, e apresentam riscos e complicações imediatas e tardias, tais como reação vasovagal, hemorragia, reação ao contraste, pneumotórax, rotura de implantes, dor local, hematoma, pseudoaneurisma e infeção. Embora estas sejam raras, e na esmagadora maioria dos casos, facilmente controladas e sem risco de vida associado, podem comprometer a abordagem terapêutica (Berg & Hooley, 2019; Berg & Mayo, 2019; Butler & Berg, 2019; Cohen & Berg, 2019; Cohen & Santiago, 2019; Hooley, 2019; Ojeda-Fournier & Berg, 2019).

Ao longo do período diagnóstico, a mulher irá ainda realizar outras técnicas de imagem de estadiamento de acordo com as orientações específicas da *ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-up* de 2019 (Martins *et al.*, 2020).

No departamento de imagiologia mamária, o comprometimento na prevenção e detecção precoce do cancro e nos avanços tecnológicos, tem seguido a preocupação crescente com o cuidado centrado na pessoa, utilizando a comunicação, como estratégia para colaborar com a pessoa e família no processo de tomada de decisão, promover apoio emocional, orientação e compreensão, e estabelecer uma relação terapêutica valorizada pela mulher (Soo, 2019; Soo *et al.*, 2019).

As mulheres reconhecem hoje os benefícios da realização dos rastreios mamários, anteriormente descritos. Porém, inerente à sua realização está a possibilidade de detecção de um cancro de mama e o impacto que esse diagnóstico poderá ter na sua vida. A grande maioria das mulheres, recebe a boa notícia de uma mamografia normal e experienciam baixos níveis de angústia durante o processo (Soo, 2019).

A descoberta de uma alteração mamária, com indicação para estudo mamário diagnóstico, ou a presença de uma imagem suspeita, num estudo mamário de rastreio, com necessidade de imagens adicionais, resulta em ansiedade, à medida que a mulher se apercebe que os resultados podem não ser normais, aumentando ao longo deste período de incerteza (Soo, 2019).

Perante alterações com maior grau de suspeição, a mulher irá receber a notícia de recomendação de biópsia pelo médico imagiologista, após a realização dos exames, ou em contexto de consulta com o seu médico de referência, aumentando o seu tempo de espera (Soo, 2019).

Perante esta suspeita a sua vida fica como que em suspenso, nada parece real ou atual, tudo acontece como que por detrás de uma parede de vidro. A única coisa real é a suspeita, a espera, que muitas vezes pode não incluir tensão porque os sentimentos são até certo ponto suprimidos, para não se tornar vítima de um medo avassalador (Kreitler, 2019, p. 27).

O mesmo autor, considera ainda, que neste momento a pessoa compreende que todas as suas dúvidas, medos e pensamentos podem ser reais, sendo considerada a possibilidade de um cancro (Kreitler, 2019).

A incerteza de um potencial diagnóstico de cancro resulta em angústia, que pode interferir com a capacidade de procurar cuidados de saúde, e se diagnosticada com cancro, pode intensificar a experiência de desconforto cirúrgico, prejudicar a capacidade de tomada de decisão e diminuir o seu sistema imunitário (Harding, 2014).

A angústia³ experienciada, após receber a recomendação de biópsia, pode manifestar-se através de diferentes respostas emocionais, tais como as apontadas por Kübler-Ross, quando se refere ao processo de luto, que vão desde o choque, a negação, o medo, a raiva, a culpa e a depressão. As respostas emocionais a esta notícia são comuns e normais, no processamento da informação transmitida e como mecanismo inicial de *coping* (Soo, 2019; Soo *et al.*, 2019).

Igualmente, a mulher pode expressar dificuldade em processar as informações e na capacidade de pensamento crítico, sentindo-se sobrecarregada pelas suas próprias crenças relativamente a um potencial diagnóstico de cancro, equiparando o medo sentido, ao medo de morrer (Soo, 2019; Soo *et al.*, 2019).

O nível de ansiedade relacionado com a recomendação de biópsia, permanece clinicamente significativo até à comunicação do diagnóstico, sendo a incerteza do resultado o principal fator influenciador (Soo, 2019).

Soo *et al.*, 2019, conforme citado por Thorne *et al.*, 1999, relatam que esperar por um diagnóstico definitivo pode ser uma experiência intensa e muitas vezes agonizante para a mulher e sua família.

Calhau (2022) defende que não existem doentes com cancro mas sim famílias, baseando-se em diversos estudos, que evidenciam que o cancro é uma experiência familiar, em que os seus níveis de sofrimento e angústia são iguais ou superiores aos da pessoa com cancro.

Deste modo, torna-se natural que a mulher pretenda realizar a mesma assim que possível. Para as mulheres com baixos níveis de ansiedade na sua vida, a ansiedade aumenta quanto maior for o tempo de espera pela biópsia (Soo, 2019).

Reconhecendo esta situação, em alguns hospitais, clínicas e consultórios com departamento de imagiologia mamária, as biópsias são realizadas no próprio dia. No entanto, podem surgir alguns constrangimentos que prolongam este tempo de espera, em dias ou semanas, tais como não conseguirem obter uma prescrição do médico de referência ou a ausência de agenda para a realização da mesma (Soo, 2019; Soo *et al.*, 2019).

³ *Distress* em contexto oncológico, “é uma experiência desagradável multifatorial de carácter psicológico (ou seja, cognitivo, comportamental, emocional) e natureza social, espiritual e/ou física que pode interferir na capacidade de lidar efetivamente com o cancro, com os seus sintomas físicos e tratamento.” (Riba *et al.*, 2022, p. 5).

Além da incerteza de ter de enfrentar um possível diagnóstico de cancro, o procedimento em si pode induzir ansiedade, pelo medo de agulhas, pelo quadro de dor ou desconforto associado (dor antecipatória), pela necessidade de ausência laboral, pela necessidade de reorganizar as rotinas diárias (apoio para cuidar dos filhos ou de outro membro da família), por questões financeiras, ou pela preocupação que irão causar junto dos seus familiares e amigos (Soo, 2019; Soo *et al.*, 2019).

Relativamente às suas necessidades de informação, as mulheres pretendem esclarecimentos sobre a preparação para o mesmo, a descrição do que podem vir a sentir, o tipo de informação que irão obter com os respetivos exames, os cuidados pós procedimento e quando os resultados estarão disponíveis (Harding, 2015; Vogel, 2011).

No dia do procedimento, os níveis de ansiedade são tendencialmente mais elevados, sentindo cansaço após o seu término. Gradualmente, nos dias após a biópsia, os níveis de ansiedade diminuem, mantendo-se clinicamente significativos até à comunicação do resultado. A angústia experienciada durante este período é idêntica à sentida aquando da comunicação de um diagnóstico de cancro, tornando-se significativo a disponibilização dos resultados assim que possível (Soo, 2019; Soo *et al.*, 2019).

Harding (2014), no seu estudo procurou compreender a relação entre os níveis de angústia e os fatores que a influenciam, utilizando como guia orientador a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel (1988, 1990), que defende que os níveis de angústia dependem da apreciação e da gestão do evento. Concluiu então que, na fase diagnóstica se confirma a presença de angústia, manifestada por ansiedade e depressão,

e ao considerar os traços de personalidade, o nível educacional, o apoio social e a satisfação com os cuidados prestados, quando confrontadas com a gravidade de um potencial diagnóstico de cancro, os níveis de angústia baseiam-se na personalidade da mulher e na sua avaliação dos recursos internos e externos que lhe permitirão adaptar a uma vida com um diagnóstico de cancro (Harding, 2014, p. 490-491).

Receber a “má notícia”⁴ de um diagnóstico de cancro de mama, induz uma situação de crise na vida da mulher e da família, que ameaça o seu modelo de interação,

⁴ Uma má notícia “é algo subjetivo, que depende das características, das experiências prévias, do meio envolvente, dos significados que a pessoa atribui às suas vivências. É toda a informação que a pessoa recebe e que apresenta um impacto negativo para a sua vida, contribuindo para mudar as suas expectativas relativamente ao futuro: o impacto de uma má notícia será proporcional ao efeito que produz ao transformar as expectativas da pessoa e família.” (Ferreira & Alves, 2019, p. 9)

condicionando projetos futuros e implicando a inversão de papéis e responsabilidades, que dependendo do seu funcionamento mais flexível ou rígido, irá apresentar uma maior ou menor capacidade adaptativa (Calhau, 2022).

Tal como no momento da comunicação da recomendação de biópsia, a mulher pode experienciar dificuldade em processar as informações. Embora não se recorde em detalhe da informação transmitida, a mulher normalmente recorda o que sentiu durante essa interação (Soo, 2019; Soo *et al.*, 2019), sendo os sentimentos vividos no impacto inicial, uma marca que a acompanha para a vida (Pereira, 2008).

O mesmo foi verificado por Kübler-Ross (1996), mencionando que as pessoas em fase terminal se recordam vivamente da atitude do médico ao dar a notícia do diagnóstico de cancro, descrevendo se se sentiram amados, apoiados e se mantiveram a esperança, ou se pelo contrário se sentiram sozinhos e abandonados pela falta de vínculo e incapacidade do médico em lidar com a situação.

Ferreira e Alves (2019) definem o processo de transmissão de más notícias como algo desafiador e complexo, suscetível de ser fonte de desconforto para a pessoa, família, mas também para os profissionais de saúde. A formação, a experiência para um uso consciente da comunicação e dos protocolos existentes, como guias orientadores, dos quais se destacam o protocolo SPIKES (Buckman, 2005) e o acrónimo NURSE (Kaplan, 2010), torna-se assim essencial.

A incerteza irá persistir ao longo de toda a trajetória de doença. O reconhecimento dos fatores que podem influenciar a experiência em imagiologia de intervenção e a avaliação do estado psicológico da pessoa, através da utilização de escalas, da sua linguagem não verbal e verbal, da identificação e validação das suas emoções, preocupações e dos fatores que podem aliviar a sua ansiedade, contribuem para a sua redução, demonstra que a equipe se preocupa com o seu conforto, melhora a sua perceção relativamente ao controlo da dor, melhora a comunicação e ajuda a construir uma relação de confiança, contribuindo igualmente para a sua experiência geral neste contexto (Harding, 2014; Harding, 2015; Soo, 2019).

1.2 Intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama em imagiologia de intervenção

Ao longo dos últimos 20 anos diversas organizações na Europa têm procurado melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados dos doentes, incentivando a implementação de unidades especializadas no cancro de mama. Em 2000, a EUSOMA, foi a primeira a estabelecer os padrões de qualidade destas unidades, na sequência da conferência de 1998 em Florença (Biganzoli *et al.*, 2020).

Em 2020, a EUSOMA publicou a atualização dos requisitos destas unidades, definindo que uma Unidade de Mama é “o local onde o cancro de mama é diagnosticado e tratado; deve fornecer todos os serviços necessários, desde genética e prevenção, tratamento do cancro primário, cuidados na doença avançada, cuidados de suporte, paliativos e na sobrevivência, e apoio psicossocial” (Biganzoli *et al.*, 2020, p. 66).

Mencionam ainda, que a nível europeu existe um défice de enfermeiros dedicados a esta área de intervenção (*breast care nurses* e *patient navigators*), na orientação dos doentes no complexo caminho dos cuidados, sendo essencial o seu desenvolvimento, baseando a sua recomendação em estudos que demonstram que os enfermeiros especialistas nesta área, melhoram os resultados dos doentes.

Deste modo, seguindo os mais altos padrões e diretrizes reconhecidos, nos quais se inclui uma avaliação contínua por uma equipa multidisciplinar, em que o enfermeiro especialista deve encontrar-se disponível desde o diagnóstico e ao longo da trajetória de doença (Biganzoli *et al.*, 2020), a EONS definiu o seu plano curricular, devendo este deter conhecimentos avançados sobre a

condição física e psicossocial das pessoas afetadas pelo cancro de mama, relativamente ao diagnóstico, tratamento e *follow up*, ao longo da trajetória de doença, avaliando, encaminhando e intervindo adequadamente; fornecer educação e informação às pessoas afetadas pelo cancro de mama; agir como parte integrante da equipa multidisciplinar assumindo um papel chave na coordenação de cuidados (Eicher *et al.*, 2012).

No âmbito da coordenação dos cuidados e abrangida na sua intervenção pela EUSOMA, encontra-se o desenvolvimento de protocolos, do percurso do doente, informação e a implementação de investigação em enfermagem (Biganzoli *et al.*, 2020).

Ao longo do documento, verifica-se igualmente, um maior investimento nos rastreios e na deteção precoce, recomendando que as avaliações diagnósticas dos achados imagiológicos suspeitos sejam realizadas nas Unidades de Mama (Biganzoli *et al.*, 2020).

Embora, em Portugal, na maioria das Unidades de Mama e hospitais com departamento de imagiologia mamária, o contato destas mulheres e famílias com a equipa de enfermagem ocorra após o diagnóstico de cancro, internacionalmente, começa-se hoje a evidenciar o valor dos enfermeiros durante o período diagnóstico, melhorando a coordenação e a qualidade dos cuidados, o que se traduz num aumento da satisfação dos doentes (Harding, 2015).

O uso de *patient navigators* no departamento de imagiologia tem sido amplamente utilizado, tendo evoluído desde a sua criação na década de 90, em Nova Iorque, como estratégia para diminuir o aumento da morbilidade e mortalidade por cancro de mama junto da população vulnerável e sem recursos, sendo hoje reconhecida como uma estratégia eficaz na melhoria dos cuidados e na experiência da pessoa. Os *patient navigators* apresentam diversos papéis e diferentes percursos académicos, podendo igualmente incluir pessoal sem formação na área da saúde (Lee *et al.*, 2020).

Um estudo recente, realizado pelos autores supracitados, demonstra que o uso mais comum destes programas se verifica no setor privado e académico, sendo na sua maioria enfermeiros. Neste contexto, existe uma crescente evidência de que os *patient navigators* diminuem as barreiras de cuidados e melhoram a experiência da pessoa no departamento de imagiologia, sendo responsáveis pela comunicação e coordenação de cuidados, funcionando como fontes de educação, orientando na marcação de consultas, explicando o processo de biópsia e comunicando os seus resultados, tendo concluído que a equipa médica considera estes elementos como tendo um impacto positivo nos cuidados prestados e recomendando a sua implementação (Lee *et al.*, 2020).

Verificando-se a presença de angústia neste período e de acordo com as recomendações da EUSOMA, o *distress* deve ser reconhecido, monitorizado, documentado e tratado prontamente em todos os estadios da doença, através da utilização do Termómetro de *Distress* (Biganzoli *et al.*, 2020).

Neste sentido, Harding (2014) defende que os programas de apoio implementados neste contexto, devem seguir as orientações do *National Comprehensive Cancer Network* para a gestão do *distress*, sendo as intervenções similares às aplicadas nas pessoas com um diagnóstico recente de cancro.

Perante a presença ou o risco de ansiedade e depressão, a mulher necessitará de uma avaliação mais pormenorizada e de um acompanhamento pós procedimento, que

poderá contemplar um contacto telefónico, uma consulta adicional ou a referenciação para um aconselhamento mais formal (Harding, 2014).

Harding (2015), no seu estudo, procurou avaliar o impacto das *nurse navigators* na satisfação da mulher e na angústia associada à realização de biópsia. As mulheres que não tiveram acesso a este acompanhamento, descreveram sentir-se pouco apoiadas pela equipa de saúde e sem encaminhamento adequado para a equipa médica, insatisfeitas com a comunicação, sentindo que receberam informações inadequadas sobre os procedimentos, e verbalizaram desconforto na tomada de decisão pois não dispunham do conhecimento para o fazer de forma informada. Por outro lado, as mulheres que tiveram acesso experienciaram menores níveis de angústia, concluindo que a oferta deste serviço, influencia a qualidade dos cuidados.

A *Oncology Nursing Society* [ONS] (McMullen *et al.*, 2013), no seu documento sobre as competências do *oncology nurse navigator*⁵, refere que os benefícios de ter um enfermeiro a desempenhar este papel incluem a habilidade para clinicamente avaliar a pessoa, fornecer apoio e educação, gerir a complexidade de um diagnóstico de cancro, comunicar, e colaborar com a restante equipa multidisciplinar.

Adicionalmente, tem a capacidade de antecipar proactivamente as necessidades da pessoa, referenciando-a adequadamente e fornecer educação que a capacita com conhecimento e compreensão, reduzindo assim a ansiedade e o stress, o que permite que a pessoa se sinta com maior controlo sobre a sua situação (McMullen *et al.*, 2013).

Aos benefícios anteriormente descritos, pode ainda acrescentar-se a contribuição para a melhoria da segurança dos cuidados. Como já referido, as técnicas utilizadas em imagiologia de intervenção são consideradas minimamente invasivas, não sendo, no entanto, isentas de riscos, devendo o enfermeiro deter conhecimentos sobre as complicações associadas (Vogel, 2011), intervindo na sua redução.

A preparação física e psicológica destas pessoas e famílias para os procedimentos invasivos da mama, visam garantir que cumpre os critérios para a realização dos mesmos,

⁵ Um *oncology nurse navigator* (ONN) "é um profissional com conhecimento clínico específico em oncologia que oferece assistência individualizada a pacientes, familiares e cuidadores para ajudar a superar as barreiras do sistema de saúde. Usando o processo de enfermagem, um ONN fornece educação e recursos para facilitar a tomada de decisão informada e o acesso oportuno a cuidados de saúde e psicossociais de qualidade em todas as fases do continuum do cancro." (McMullen *et al.*, 2017, p 4).

validar a compreensão sobre o consentimento, gerir as suas expectativas e educar para o período pós alta (Tuck & Krenzischek, 2020), contribuindo igualmente para este sentido de controlo descrito pela ONS, promover a tomada de decisão terapêutica e seguir as orientações da OMS (2021) para a Segurança do Doente 2021-2030 e da DGS (2022b) no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026.

A pesquisa realizada sobre o tema possibilitou compreender que a intervenção dos enfermeiros no departamento de radiologia, se baseia em sólida evidência do seu benefício na qualidade e segurança dos cuidados, principalmente a nível internacional.

Em Portugal, e especificamente na área de intervenção oncológica, foi publicada recentemente, pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, um documento orientador da intervenção de enfermagem em radiologia de intervenção, abrindo caminho para a necessidade de investigação neste âmbito (Amorim *et al.*, 2023).

Quanto à intervenção dos enfermeiros em imagiologia de intervenção mamária, encontrou-se escassez de evidência. Dos artigos e livros consultados, a intervenção de enfermagem no período pré e pós biópsia é reconhecida e concordante entre os autores, no entanto, no decurso do procedimento essa intervenção encontra-se ainda pouco explorada e definida.

Assim, de acordo com a *revisão scoping* efetuada (Apêndice III) sobre a intervenção de enfermagem nos procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, verifica-se que o enfermeiro possui um papel fundamental (Boyd & Fine, 2007; Carroll, 2006; Harding, 2014; Harding, 2015; Musa *et al.*, 2020; Tuck & Krenzischek, 2020; Vogel, 2011):

- 1) Na avaliação e gestão da angústia, através da utilização de escalas;
- 2) No fornecimento de apoio psicoemocional à mulher e família;
- 3) No fornecimento de apoio educacional, baseado na avaliação das necessidades de informação da pessoa e família;
- 4) Na coordenação dos cuidados, facilitando a comunicação com os restantes prestadores e o acesso aos mesmos;
- 5) Na prestação de cuidados durante o procedimento;
- 6) Na promoção da literacia em saúde, no âmbito dos rastreios.

Existindo hoje uma grande preocupação com a questão dos custos/benefícios associados aos cuidados de saúde, Harding (2014) e Harding (2015) referem que nos

centros especializados no tratamento do cancro é obrigatório a existência de um *nurse navigator* disponível a todas as mulheres submetidas a uma avaliação diagnóstica. No entanto, pelo menos 50% das biópsias são realizadas fora desse contexto, em que os serviços são fragmentados ou disponibilizados por pessoal auxiliar, não qualificado para o acompanhamento e apoio destas mulheres no processo diagnóstico.

Assim, os autores sugerem que em hospitais com volume inferior a 100 biópsias por ano, o modelo mais eficaz em termos de custos será ter um *nurse navigator* em regime de *part-time* ou a tempo integral, mas que acumule outras responsabilidades para além dos cuidados no momento diagnóstico (Harding, 2015).

Relativamente à avaliação dos resultados associados à navegação no processo diagnóstico, Harding (2015) sugere três indicadores de qualidade: a satisfação do paciente, o tempo até ao diagnóstico e tratamento, e a taxa de adesão aos exames diagnósticos recomendados.

1.3 A teoria da incerteza na doença de Merle Mishel e a sua aplicação na prática de cuidados

Como descrito nos subcapítulos anteriores, a suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama impõe um enorme impacto psicológico na maioria das mulheres, relacionado com a incerteza experienciada, o que resulta em angústia.

O impacto psicológico pela exposição prolongada à incerteza e à angústia, no caso de mulheres com patologia benigna da mama, pode resultar em mudanças comportamentais, nas quais se inclui a redução da capacidade e probabilidade de realização dos rastreios necessários. No caso de mulheres diagnosticadas com cancro de mama, influencia os resultados terapêuticos, aumentando o sentimento de angústia pós diagnóstico, diminuindo a perceção do apoio, a satisfação com os cuidados e o seu sistema imunitário, o que aumenta o risco cirúrgico e o potencial de infeção (Montgomery, 2010; Montgomery & McCrone, 2010).

A incerteza encontra-se presente desde a suspeita e durante o continuum de doença oncológica, perante acontecimentos desconhecidos, complexos e considerados ameaçadores (Zhang, 2017).

Tendo em conta este facto e reconhecendo que a enfermagem detém um conhecimento muito próprio (expresso nas teorias de enfermagem) e que guia a investigação e a nossa prática de cuidados, a estrutura conceptual que orienta este projeto é a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel (1988, 1990). Esta permite compreender como o doente/família, independentemente da faixa etária, estruturam cognitivamente um esquema para a interpretação subjetiva da incerteza, conduzindo à sua adaptação à doença.

A Teoria da Incerteza na Doença engloba duas teorias. A teoria original, de 1988, propõe que a incerteza existe em situações de doença, descrevendo-a como ambígua, complexa e imprevisível, tendo sido desenvolvida para abordar a incerteza durante o período diagnóstico e de tratamento ou perante uma doença com uma determinada trajetória descendente. A teoria de 1988, foi posteriormente reconceptualizada em 1990, abrangendo a experiência de incerteza no contexto de uma doença crónica, na qual a sua gestão é contínua, ou perante uma doença com possibilidade de recorrência (Mishel, 2014).

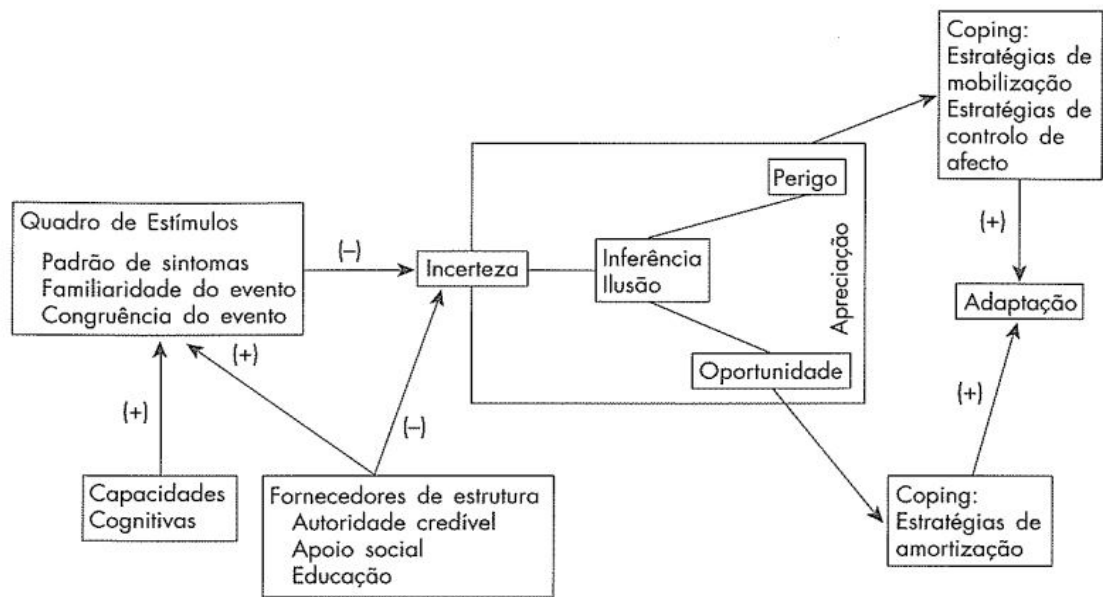
A Teoria da Incerteza na Doença de Mishel (1988, 1990) contempla dois conceitos principais: (1) a incerteza, definida como “a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando, quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objectos ou eventos, e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (Bailey & Stewart, 2004, p. 633); (2) o esquema cognitivo, definido como, “a interpretação subjetiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização” (Bailey & Stewart, 2004, p. 633).

Transversal às duas teorias existem três dimensões, relacionadas com os conceitos principais: antecedentes da incerteza, apreciação da incerteza e as estratégias de *coping* (Mishel, 2014).

A teoria original é apresentada com um modelo linear e unidimensional, deslocando-se de situações que promovem a incerteza, no sentido da adaptação (Bailey & Stewart, 2004), como apresentado pela figura 1.

Figura 1

Modelo da Incerteza Percebida na Doença.



Fonte: Bailey D. & Stewart J. (2004).

Os antecedentes da incerteza incluem:

- O quadro de estímulos, que corresponde à forma, composição e estrutura dos estímulos observados pela pessoa/família, sendo posteriormente estruturados num esquema cognitivo, dividindo-se em três componentes (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014): (1) o padrão de sintomas, ou seja, o grau no qual os sintomas apresentam consistência suficiente para serem percebidos como tendo um padrão ou configuração; (2) a familiaridade do evento, ou seja, até que ponto a situação é habitual, repetitiva ou contém pistas reconhecidas; (3) a congruência do evento, ou seja, a coerência entre o esperado e o experienciado nos eventos de doença;
- A capacidade cognitiva corresponde ao processamento de informação da pessoa/família, baseado nas capacidades inatas e nos constrangimentos situacionais (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014);
- Os fornecedores de estrutura contemplam os recursos disponíveis para auxiliar a pessoa/família na interpretação do quadro de estímulos, que incluem a educação, apoio social e autoridade credível (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014).

O quadro de estímulos é influenciado pela capacidade cognitiva e os fornecedores de estrutura que diminuem diretamente a incerteza, promovendo a sua interpretação e reforçando o quadro de estímulos (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014).

A incerteza é uma experiência inerentemente neutra e não se encontra associada a emoções até que seja avaliada (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014). Assim, na segunda dimensão temos a apreciação da incerteza, definida como o método de atribuição de valor à incerteza associada ao evento, constituído pela inferência e a ilusão. A inferência diz respeito à avaliação da incerteza através de experiências relacionadas e recordadas. Por outro lado, a ilusão diz respeito às crenças da pessoa/família construídas a partir da incerteza (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014). O resultado da apreciação é a avaliação da incerteza, como um perigo ou uma oportunidade.

A terceira dimensão corresponde, às estratégias de *coping* na incerteza, que incluem o perigo, a oportunidade, o *coping* e a adaptação. A adaptação representa a continuidade do comportamento biopsicosocial da pessoa e é o resultado esperado das estratégias de *coping* (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014).

Quando apreciada como um perigo, desencadeia estratégias de *coping* orientadas no sentido de reduzir a incerteza e gerir as emoções por ela geradas. A incerteza, apreciada como uma oportunidade, desencadeia estratégias de *coping* no sentido da manutenção da incerteza (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014).

A influência da incerteza sobre os resultados psicológicos, é então mediada pelas estratégias de *coping*, na sua redução se apreciada como um perigo ou na sua manutenção se apreciada como uma oportunidade (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014).

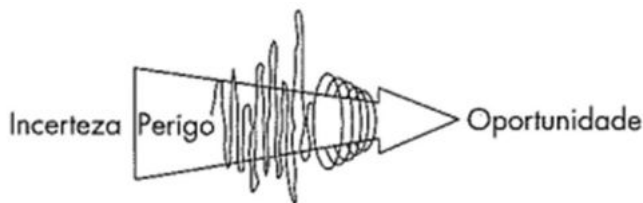
Deste modo, segundo Mishel *et al.* (2002), se o mecanismo de *coping*, orientado para a emoção, não for seguido de um *coping* orientado para o problema a pessoa não será capaz de lidar com a incerteza e desenvolver mecanismos para a gerir. Reconhecendo que a incerteza estará presente no decurso da doença, torna-se necessário a aplicação de estratégias que permitam uma reestruturação cognitiva focada na resolução do problema, na melhoria da comunicação entre a pessoa e os cuidadores e o fornecimento de informações adequadas, contribuindo para a sua adaptação.

A Teoria da Incerteza na Doença Reconceptualizada surge, após a autora e os colegas observarem que a pessoa/família também avaliam a incerteza como uma oportunidade em doenças crónicas prolongadas, desenvolvendo uma nova perspetiva de

vida. Assim, utilizando a Teoria do Caos, menos linear e mais dinâmica, procurou explicar de que forma a incerteza prolongada funciona como catalizador, na mudança da perspectiva que uma pessoa/família tem sobre a vida e a doença (Bailey & Stewart, 2004), como representado na figura 2.

Figura 2

Modelo Reconceptualizado da Incerteza na Doença Crônica.



Fonte: Bailey D. & Stewart J. (2004).

Deste modo, a teoria reconceptualizada introduz dois novos conceitos (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014):

- (1) a nova perspectiva de vida, definida como a construção de um novo sentido de ordem, em que a incerteza contínua é integrada na sua realidade e acolhida como o novo ritmo de vida natural;
- (2) o pensamento probabilístico que corresponde a uma crença numa realidade onde a certeza e previsibilidade são deixadas de parte (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014).

Esta teoria reconceptualizada identifica também quatro fatores que influenciam a criação de uma nova perspectiva de vida: as experiências anteriores, o estado fisiológico, os recursos sociais e os prestadores de cuidados de saúde (Mishel, 2014).

Ambas as teorias, consideram o ambiente de cuidados e a rede de suporte como uma componente importante do quadro de estímulos. Igualmente, os enfermeiros são uma variável importante como fornecedores de estrutura, existindo estudos que sustentam a sua intervenção, no fornecimento de informações claras, adequadas e baseadas em evidência científica, contribuindo para a gestão da incerteza, bem como na reapreciação da incerteza perante uma doença crônica, contribuindo para a formulação de novas possibilidades e formas de as concretizar, o que exige confiança nos enfermeiros (Bailey & Stewart, 2004; Mishel, 2014).

2. Execução de Actividades Planeadas

No decurso deste processo formativo foi utilizada a metodologia de projeto, centrada na resolução/estudo de um problema, de forma a desenvolver capacidades e competências de enfermeiro especialista, à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, submetida a procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, pela elaboração e concretização do projeto em contexto real (Ruivo *et al.*, 2010).

Para esse fim, refleti sobre o tema a desenvolver, fiz o diagnóstico de situação no serviço, conforme demonstrei na introdução, e subsidiei-me dos conhecimentos teóricos adquiridos nos conteúdos programáticos ao longo deste mestrado e na revisão bibliográfica sobre o tema, articulando-os com os conhecimentos adquiridos na experiência clínica vivida, em contexto de estágio (Ruivo *et al.*, 2010, Benner, 2005).

A seleção dos campos de estágio, foi da minha responsabilidade, com o contributo da equipa docente da UC Estágio com Relatório. No planeamento deste percurso, encontrava-me ciente que possivelmente não iria observar a realidade pretendida, por ser uma área de intervenção pouco estudada, planeada e implementada em Portugal, no entanto, a seleção das duas primeiras instituições envolvidas teve em consideração, serem Unidades de Mama, especializadas no tratamento e diagnóstico do cancro de mama, em que a excelência dos cuidados me permitiria consolidar os conhecimentos teóricos sobre a intervenção de enfermagem nesta área e contribuir para o desenvolvimento das competências a que me propus. O último campo de estágio decorreu na instituição e serviço onde desempenho funções, onde os conhecimentos e competências até então desenvolvidos foram colocados em prática, na implementação de uma consulta de enfermagem de acolhimento e *follow up* à mulher submetida a procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção.

As estratégias utilizadas no decurso deste estágio passaram inicialmente por uma pesquisa bibliográfica, nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma *EBSCOhost Integrated Search*, *Google Académico*, recursos bibliográficos da ESEL e Repositório de Teses e Dissertações da Universidade de Lisboa.

Após a mesma foi elaborada uma *revisão scoping*, intitulada “A Mulher Submetida a Procedimentos Invasivos da Mama: Intervenção de Enfermagem Especializada – *Revisão Scoping*”, com o objetivo de mapear a evidência sobre a intervenção de enfermagem nos

procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, e identificar possíveis áreas de investigação, no âmbito da intervenção de enfermagem neste contexto.

Igualmente, foi utilizada como estratégia a observação da prática, a participação na prestação de cuidados e a reflexão sobre a mesma, em parceria com os respetivos enfermeiros orientadores e individualmente, resultando na elaboração de reflexões de aprendizagem sobre as experiências vividas e análise crítica da intervenção de enfermagem no acompanhamento da mulher/família com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, recorrendo-se para isso, ao ciclo de Gibbs⁶.

Por fim, foram construídos instrumentos de apoio à prática, com base nas experiências vividas e conhecimentos teóricos e práticos consolidados, realizada uma sessão de apresentação do projeto ao hospital e formação individual, não formal, aos elementos da equipa de enfermagem, contribuindo para a sua capacitação.

Importa ainda mencionar que no seu planeamento, refleti também sobre como se projeta uma consulta de enfermagem, as estruturas e condições logísticas necessárias, os documentos de suporte que terei de construir e a avaliação da qualidade. O modelo desenvolvido por Avedis Donabedian (2003), fornece uma estrutura conceptual para a avaliação da qualidade da saúde, contemplando a estrutura (o gabinete onde ocorre, o tempo despendido, os recursos informáticos, os enfermeiros e a sua formação, os administrativos para a marcação da consulta de acolhimento e de *follow up* e os recursos financeiros); o processo (o planeamento das atividades direcionadas para os colegas e para as doentes), e o resultado (efeito dos cuidados de saúde, avaliado pelos indicadores definidos).

De acordo com Nunes (2013, p. 5), conforme citado por Martins (2008), “toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes”. Deste modo, no decurso deste processo formativo

⁶ O ciclo de Gibbs, fornece uma abordagem estruturada, que guia o estudante/profissional, através do processo reflexivo, examinando de forma lógica as experiências vividas (Zhang *et al.*, 2023). O processo compreende seis etapas: (a) descrição da experiência; (b) expressar sentimentos e pensamentos sobre a experiência; (c) avaliar a experiência; (d) dar sentido à situação; (e) concluir o que foi aprendido e poderia ter sido realizado de forma diferente; e (f) elaborar um plano de ação para lidar com situações semelhantes no futuro (Laranjeira *et al.*, 2021)

e de intervenção, o respeito pelas questões éticas foi considerado em todas as fases deste projeto, encontrando-se as mesmas descritas no terceiro capítulo.

Nos subcapítulos que posteriormente se descrevem, apresentarei os respetivos campos de estágio, os objetivos propostos, as atividades desenvolvidas e a análise dos seus resultados, demonstrando o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre.

2.1 Unidade da Mama do Hospital A

O campo de estágio A é uma Unidade de Mama reconhecida a nível europeu e mundial, membro da *Breast Centres Network*, detentora de uma *Breast Centres Certification*, funcionando de acordo com as recomendações da EUSOMA.

Tal como definido pela EUSOMA, nos seus requisitos, a Unidade de Mama contempla um departamento de imagiologia mamária, sendo a única unidade da instituição com imagiologia exclusiva, responsável pelos estudos mamários de rastreio e diagnósticos perante achados imagiológicos suspeitos.

O período de estágio foi compreendido entre 26 de setembro e 4 de novembro de 2022, tendo-me sido possível acompanhar a mulher e família desde o diagnóstico, passando pela fase de tratamento (cirúrgico e/ou sistémico neoadjuvante e adjuvante), na fase de sobrevivência e paliativa, observando e participando na realização dos procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, na fase diagnóstica e ao longo da trajetória de doença; na realização de consultas de enfermagem, presenciais e telefónicas; na realização de pensos; e nos procedimentos no âmbito da investigação. Igualmente, pude observar a intervenção de enfermagem, no decurso das reuniões multidisciplinares e nas sessões de *journal club*, promovendo a constante atualização de conhecimentos da equipa.

Para este local de estágio defini como objetivo geral: **desenvolver Competências Comuns de Enfermeira Especialista, Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e de Mestre, ao nível do cuidado à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de patologia maligna da mama.**

Por forma a atingir este objetivo geral, foram delineados três objetivos específicos, com as respetivas atividades, recursos e indicadores de resultado. De seguida, partindo

desses objetivos, apresento uma análise crítica com base na experiência e na literatura do percurso desenvolvido.

- Descrever a missão, a estrutura organizativa e funcional da Unidade de Mama

No que diz respeito a este objetivo específico, foram delineadas algumas atividades que incluíram: a apresentação do projeto à equipa, a realização de visita pelas instalações, a observação da dinâmica funcional da Unidade de Mama, a consulta e leitura das normas, protocolos, diretrizes e políticas da instituição e da unidade, e a realização de entrevista aos elementos da equipa.

Desta forma, no primeiro dia de estágio, fui recebida pela Sr.^a Enfermeira Chefe da unidade que me deu a conhecer as instalações da instituição e me apresentou o serviço, a sua estrutura física e a equipa de enfermagem. Posteriormente, numa reunião informal com a minha enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe da unidade, apresentei o meu percurso profissional e procedi à apresentação do meu projeto de estágio e de intervenção, demonstrando a importância do mesmo no acompanhamento da mulher, com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama e sua família, em imagiologia de intervenção, no meu local de trabalho.

O projeto foi igualmente considerado com interesse para a unidade, visto que dispõe de um departamento de imagiologia mamária em que a intervenção de enfermagem é solicitada na fase diagnóstica, durante a realização de biópsia.

Promovendo o envolvimento da equipa, nos dias seguintes, de forma informal, fui apresentando o projeto aos restantes elementos, demonstrando disponibilidade e interesse pelo mesmo.

Gradualmente, no decurso da primeira semana, fui conhecendo a dinâmica e estrutura do serviço, observando a minha enfermeira orientadora e a restante equipa no desempenho das suas funções, e através da leitura dos documentos disponíveis, tendo elaborado um documento de descrição do serviço e funcionamento da equipa multidisciplinar (Apêndice IV).

O acompanhamento por parte da minha enfermeira orientadora, e a receptividade e partilha mútua de conhecimentos da restante equipa foi fundamental para o meu processo de integração e para a melhoria do projeto delineado,

proporcionando momentos muito ricos em aprendizagens e sugerindo melhorias, contribuindo para a minha aquisição de competências.

Estas atividades possibilitaram-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019), e identificar os papéis dos membros da equipe multidisciplinar e a sua coordenação nos cuidados, contribuindo para um cuidado holístico e centrado na pessoa (EONS, 2022).

- Identificar as necessidades, as intervenções de enfermagem, os resultados e registos no acolhimento, acompanhamento e *follow up* da mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção.
- Analisar a prática de cuidados em contexto de Unidade de Mama

Para atingir estes dois objetivos, foram definidas como actividades: a realização de pesquisa bibliográfica, a elaboração de uma *check-list* das necessidades, intervenções e resultados, a observação da prática, a consulta de registos de enfermagem, a colaboração na prestação de cuidados, a realização de momentos de reflexão oral com o enfermeiro orientador, e a elaboração de uma reflexão sobre um evento significativo segundo o ciclo de Gibbs.

A pesquisa bibliográfica foi essencial, permitindo-me identificar a nossa intervenção no acompanhamento da mulher e família com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, submetida a procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, bem como, desenvolver competências de pesquisa da evidência mais recente e de sistematização do conhecimento. Esta pesquisa foi realizada conforme consta na *revisão scoping* elaborada (Apêndice III), seguindo um protocolo investigativo definido pelo *Instituto Joanna Briggs* (Peters *et al.*, 2020).

Tal contribuiu para o desenvolvimento da competência, baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019); demonstra conhecimento das principais bases de dados em ciências da saúde, e compreensão das estratégias de pesquisa eficazes (EONS, 2022); possui conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

Conhecendo o âmbito do meu projeto, e reconhecendo a oportunidade de melhoria dos cuidados, no departamento de imagiologia mamária na unidade, a minha enfermeira orientadora e a equipa de enfermagem procuraram, por um lado, proporcionar-me o maior número de experiências possíveis neste contexto, e por outro, estar presentes e intervir mais ativamente no decurso destes.

Assim, inicialmente procedi à observação das intervenções das enfermeiras na prestação de cuidados, e com o seu incentivo comecei a participar nos mesmos, e a mobilizar a evidência científica durante a minha intervenção, aumentando progressivamente o meu sentimento de confiança.

A experiência vivida, no terceiro turno de estágio, no departamento de imagiologia, permitiu-me compreender a dinâmica de funcionamento, o percurso efetuado pela mulher, e aplicar os conhecimentos adquiridos, servindo de ponto de partida para a análise sobre a prática. No apêndice V apresento uma reflexão sobre duas situações de cuidados, utilizando o ciclo de Gibbs. Esta actividade possibilitou-me desenvolver a competência do autoconhecimento e assertividade, bem como a competência, avalia o processo e os resultados da tomada de decisão (OE, 2019).

Adicionalmente, após este turno, reconhecendo que a comunicação é um instrumento chave nos cuidados em oncologia, e que a qualidade da interação com a pessoa, mais do que a sua duração, deve ser valorizada, permitindo-nos conhecê-la, compreender as suas dificuldades e intervir eficazmente, foi sugerido e aceite pela enfermeira orientadora, que antes do início de cada procedimento, planeássemos um momento de conversa informal, que nos permitiria identificar as suas necessidades físicas e psicológicas, promover o seu acolhimento, gerir a ansiedade, e um regresso ao domicílio seguro e sem dúvidas.

A incerteza na doença é descrita por Mishel (2014), como ambígua relativamente ao quadro de doença, complexa pelos tratamentos e contexto de cuidados, imprevisível relativamente ao decurso da doença e ao prognóstico, e em que a falta de informação, conhecimento e compreensão, condicionam a sua autonomia e adaptação a um diagnóstico de cancro,

Após cada interação procedi ao registo das preocupações, dúvidas e necessidades de informação verbalizadas pelas mulheres e famílias, correlacionando as informações recolhidas com a evidência encontrada, e nos momentos de partilha com a minha

enfermeira orientadora, as estratégias aplicadas, principalmente ao nível da comunicação, utilizando como guias orientadores o protocolo SPIKES (Buckman, 2005) e o acrónimo NURSE (Kaplan, 2010), e na gestão da ansiedade, através da combinação de informação e apoio psicoemocional, foram alvo de reflexão e debate.

Todo este percurso, permitiu a construção de uma *check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de acolhimento (Apêndice VI), que me possibilitou organizar as intervenções, interiorizá-las e a direccionar a minha atenção na observação da prática.

Em contexto de Unidade de Mama, os registos de enfermagem são uma parte essencial dos cuidados promovendo a sua continuidade, e por conseguinte, a qualidade, a eficácia e a segurança dos mesmos. Nas consultas de enfermagem pude observar de que forma os enfermeiros incluíam nos registos os aspetos específicos da vivência da doença pela mulher e família, e que são significativos para o seu acompanhamento. Deste modo, embora os registos se encontrem padronizados, o sistema permite que sejam completados com texto livre, e após a construção da *check-list*, constatei que os registos efetuados em contexto de imagiologia de intervenção se tornavam cada vez mais completos, com informação sobre o conhecimento que a mulher/família dispõem e o que desejam saber, as suas reações emocionais, as suas preocupações, o esclarecimento de dúvidas e receios sobre o procedimento e etapas seguintes, as medidas aplicadas na redução da ansiedade, os ensinamentos para o regresso ao domicílio, entre outros.

Sendo uma área de intervenção ainda pouco explorada, a colaboração da minha enfermeira orientadora e da equipa de enfermagem na construção deste instrumento e posterior aferição do mesmo, foi fundamental para a sua robustez.

Para a construção inicial da *check-list* da consulta de enfermagem de *follow up* telefónico (Apêndice VII), subsidiei-me na literatura consultada, na observação das consultas telefónicas pós cirúrgicas, 24h após a alta, realizadas pela equipa de enfermagem, e no *follow up* telefónico realizado pelas técnicas de radiologia, após realização de BAV. A sua finalização só foi conseguida no último campo de estágio, adequando-a aos recursos utilizados pelo meu hospital, como será referido posteriormente neste relatório.

No decurso do estágio e sempre que não existia atividade planeada no departamento de imagiologia mamária, procedi à observação e participação nas

restantes atividades da unidade. Considero pertinente destacar para este relatório, as consultas de enfermagem de primeira vez, pois permitiram-me compreender a intervenção de enfermagem no acolhimento da mulher/família na unidade, mas também identificar a informação considerada significativa no seu acompanhamento e na deteção de potenciais problemas, através do instrumento de colheita de dados e da aplicação do Termómetro de *Distress*, sendo definidas estratégias para a sua resolução com base nos recursos internos da mulher e disponíveis na unidade, promovendo o seu encaminhamento para os profissionais adequados, se necessário. Assim, mesmo não tendo sido contemplado nas atividades definidas, procedi ao início da construção do instrumento de colheita de dados (Apêndice VIII).

Estas actividades permitiram-me desenvolver as competências, desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019); cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (OE, 2018); apoia a pessoa afetada pelo cancro durante o período diagnóstico e de estadiamento, em que através de uma avaliação abrangente, inicial e contínua, identifica os aspectos informativos, físicos, necessidades emocionais e sociais da pessoa durante este processo; utiliza eficazmente modos de comunicação verbal, escrito e digital para fornecer informações, educação e apoio de maneira empática, compreensível e atenciosa, mantendo a confidencialidade; seleciona e adota uma abordagem de comunicação apropriada, a partir de uma série de competências básicas de comunicação e habilidades de consulta, para avaliar eficazmente as necessidades de informação, educação e cuidados de apoio da pessoa afetada pelo cancro (EONS, 2022); sabe aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

O meu processo formativo foi ainda enriquecido com um convite endereçado pelo presidente da Sociedade Portuguesa de Senologia para comparecer nas XIX Jornadas de Senologia, que decorreu nos dias 28 e 29 de Outubro de 2022, no Centro de Congressos do Estoril, apresentando como tema “O cancro de mama em idades extremas”, na mulher jovem, abaixo dos 40 anos, e na mulher idosa acima dos 70 anos, que coincidem com os

grupos etários que estão muitas vezes fora do âmbito dos PRCM, e que são simultaneamente onde se verifica uma incidência crescente, levantando questões de deteção, diagnóstico e tratamento, transversais a todas as áreas da senologia (Anexo I).

Nestas jornadas, promovendo o debate, a aprendizagem e a divulgação científica foram abordados temas dos quais destaco, a biologia tumoral, que é distinta em função do tipo de cancro de mama e da faixa etária; passando pelo cancro de mama na mulher jovem, em que muitos destes cancros têm uma influência familiar e genética, com implicações na orientação do tratamento, debatendo-se igualmente, temas que se repercutem na sua vida, como a preservação da fertilidade, a oncossexualidade, a integração social e laboral. Por outro lado, o cancro de mama na mulher com idade mais avançada apresenta características próprias, como a associação desta patologia com outras comorbilidades de natureza degenerativa, que poderão ter impacto no tratamento, sendo necessário a sua personalização, em função do estado de saúde de cada doente.

Como tema final destaco o cancro da mama em Portugal, indicadores de qualidade, no qual foi apresentado o estudo, *“360 Health Analysis (H360) - A Comparison of Key Performance Indicators in Breast Cancer Management across Health Institution Settings in Portugal”* (Rêgo *et al.*, 2023), realizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e desenvolvido por uma equipa multidisciplinar. O levantamento dos indicadores de qualidade efetuado em sete hospitais portugueses, foi comparado com os critérios europeus definidos pela EUSOMA, verificando-se a necessidade de melhoria, sendo essencial que os serviços que prestam cuidados nesta área cumpram critérios de acreditação e qualidade desde o diagnóstico até ao tratamento do cancro de mama. Especificamente durante a fase diagnóstica, o tempo desde o diagnóstico histológico até início de tratamento foi estimado em 58 dias (mínimo de 4 e máximo de 180 dias), existindo a preocupação da DGS em melhorar o processo de referenciação para os centros de tratamento do cancro.

Estas jornadas permitiram-me a atualização de conhecimentos na área e a reflexão.

2.2 Unidade de Mama do Hospital B

O segundo campo de estágio teve lugar numa instituição com uma vasta experiência no âmbito dos cuidados oncológicos, dispondo de uma Unidade de Mama, detentora de uma *Breast Centres Certification*, como centro especializado no diagnóstico e tratamento do cancro da mama pela EUSOMA.

O período de estágio foi compreendido entre 7 de Novembro a 16 de Dezembro de 2022, durante o qual pude acompanhar as enfermeiras da unidade e participar, nas consultas de enfermagem, no acompanhamento no dia da cirurgia, na visita ao internamento no pós-operatório, na realização de pensos, observar o atendimento de enfermagem telefónico, a sua participação na reunião multidisciplinar e no fornecimento de informações sobre o ensaio clínico a decorrer na unidade.

Para este estágio, foi estabelecido como objetivo geral: **desenvolver e aprofundar Competências Comuns de Enfermeira Especialista, Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e de Mestre, ao nível do cuidado à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de patologia maligna da mama.**

Na concretização deste objetivo, defini três objetivos específicos, que passarei a descrever, analisando criticamente as atividades desenvolvidas e os indicadores de resultados.

- Descrever a missão, a estrutura organizativa e funcional da Unidade de Mama

Tal como no primeiro estágio, procedi à minha apresentação e do projeto de formação e intervenção, à Sr.^a Enfermeira Chefe e à minha enfermeira orientadora, considerando igualmente pertinente expor um resumo do meu percurso formativo até ao momento, com recurso à exposição de um grupo de diapositivos de *powerpoint*.

Após esta apresentação, iniciei o meu percurso formativo, verificando que toda a sua atividade se encontra bem documentada e organizada. A proximidade da realidade institucional do local de estágio com o meu contexto laboral, permitiu que me revisse nas políticas de qualidade e segurança, contribuindo para uma integração mais célere.

Reconheço igualmente que esta proximidade e a observação da prática de cuidados neste campo de estágio me permitiu refletir sobre os recursos necessários e sua organização, para a implementação de uma Unidade de Mama no meu contexto profissional.

À semelhança do estágio anterior, como indicador de resultado elaborei um documento de descrição do serviço e funcionamento da equipa multidisciplinar, que coloco como apêndice IX, permitindo-me continuar a desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019), e identificar os papéis dos membros da equipa multidisciplinar e a sua coordenação nos cuidados, contribuindo para um cuidado holístico e centrado na pessoa (EONS, 2022).

- Identificar as necessidades, as intervenções de enfermagem, os resultados e registos no acolhimento, acompanhamento e *follow up* da mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção.
- Analisar a prática de cuidados em contexto de Unidade de Mama

Para cumprir com estes objetivos específicos, foram definidas como atividades: finalizar a *check-list* e utilizá-la em 80% das intervenções observadas e/ou aos cuidados prestados, elaborar o fluxograma de percurso da mulher em imagiologia de intervenção, elaborar o instrumento de colheita de dados, realizar momentos de reflexão oral com enfermeiro orientador e elaborar uma reflexão de aprendizagem sobre um evento significativo segundo o ciclo de Gibbs.

No estágio anterior, tinha verificado, que para além das informações relativas aos procedimentos propostos em imagiologia de intervenção, as mulheres/famílias solicitavam informações sobre as etapas seguintes, sendo significativa a gestão das suas expectativas relativamente às possíveis abordagens terapêuticas e o tempo previsto deste seu percurso. De igual modo, o conhecimento do funcionamento da equipa e da unidade, dos recursos disponíveis e da disponibilidade para seguimento, em conjunto com a informação anteriormente mencionada, permitia-lhes compreender o impacto desta doença na sua vida, identificar os recursos internos e externos ao seu alcance e contribuir para o seu processo de adaptação.

Esta necessidade de conhecimento mais abrangente do contexto da doença, expressada pelas mulheres/famílias, fez-me reconhecer ainda mais a importância das consultas de enfermagem na área de intervenção oncológica, serem desempenhados por um enfermeiro especialista, que dispõe de conhecimentos e competências específicas para o seu acompanhamento.

Assim, a observação e participação na prestação de cuidados na unidade de mama, permitiu-me continuar a desenvolver as minhas competências comunicacionais e educacionais, aprofundar os meus conhecimentos sobre as abordagens terapêuticas, principalmente no âmbito da preparação cirúrgica, acompanhamento pós cirúrgico e no seu processo de reabilitação, antecipando proactivamente o controlo de alguns problemas que condicionam a redução dos níveis de atividade física e a qualidade de vida.

Igualmente, aprofundei o meu estudo sobre a prática de exercício físico, como parte integrante do plano de tratamento do cancro, reconhecendo-se hoje, através de diversos estudos científicos, que a prática de exercício físico não só é segura e possível durante o tratamento do cancro, como também pode melhorar o desempenho físico e a qualidade de vida do doente oncológico, prevenindo e controlando sintomas, a curto e longo prazo, como a perda de massa óssea e de força muscular, problemas cardíacos, fadiga, neuropatia, ansiedade, depressão, perturbações do sono, e reduzida auto-estima, bem como, reduzir o risco de aparecimento de outros cancros e ajudar no controlo de outras comorbilidades associadas, como as doenças cardiovasculares ou diabetes *mellitus* (Machado *et al.*, 2021).

Embora a *check-list* construída tivesse sido planeada para um contexto que não se adequa a este local de estágio, condicionando a sua utilização a 80% das intervenções e/ou cuidados prestados, a participação em quatro consultas de enfermagem (de primeira vez e pré cirúrgicas), permitiram-me aplicar as estratégias comunicacionais, na condução de uma entrevista, descritas por Phaneuf (2005), na utilização do protocolo SPIKES (Buckman, 2005) como guia orientador na gestão de más notícias, e informar e esclarecer a mulher sobre os procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, durante a fase de tratamento cirúrgico.

Deste modo, selecionei para ser alvo de reflexão crítica de aprendizagem, em parceria com a minha enfermeira orientadora, uma das consultas em participei, e em que me foi possível contribuir para o acolhimento da mulher/família na unidade, prepará-la para a fase de tratamento cirúrgico, e posteriormente seguir o seu período de convalescença, refletindo sobre o impacto que um diagnóstico de cancro tem na vida da mulher e família, a importância da consulta de enfermagem na construção da relação terapêutica e a utilização da comunicação como instrumento na gestão de más notícias,

procurando igualmente identificar os pontos positivos e a melhorar na nossa intervenção (Apêndice X).

Igualmente, também presenciei algumas interações não planeadas, em que pela relação de proximidade e de confiança estabelecida, a mulher recorre à enfermeira de referência da unidade para conforto e informação sobre os tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia, ou perante algum problema identificado durante a fase de sobrevivência, sendo utilizada a comunicação e a informação, como mecanismos para lhe conferir de novo controlo sobre a situação.

Após a descrição anterior, considero que para além das competências desenvolvidas no primeiro campo de estágio, e que foram consolidadas neste local de estágio, desenvolvi ainda as competências, gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica (OE, 2018); fornece informação baseada em evidência e credível, em diferentes formatos, e explica à pessoa com cancro, num nível e ritmo apropriado, os tratamentos disponíveis, facilitando o seu envolvimento na tomada de decisão sobre o seu tratamento, cuidado e gestão; proporciona um ambiente de apoio no qual a pessoa afetada pelo cancro, é encorajada a fazer perguntas e a partilhar as suas preocupações e crenças sobre a doença e tratamento; fornece educação à pessoa com cancro sobre o seu tratamento e aconselhamento sobre o autocuidado; utiliza intervenções baseadas em evidência científica para avaliar, prevenir e intervir em situações de emergência causadas pelos tratamentos oncológicos; reconhece quando referenciar e envolver outros profissionais de saúde (EONS, 2022).

Foram incluídas nas atividades realizadas, mas que não foram planeadas, a participação durante a marcação pré-operatória com arpão, no departamento de radiologia. No dia da cirurgia, a enfermeira da unidade de mama, acompanha a mulher/família nos dois procedimentos necessários antes da cirurgia, a marcação prévia da lesão com arpão e a linfocintigrafia, não intervindo ativamente no decurso dos mesmos.

Com o seu aval e na sua presença, e visto que já tinha trabalhado diretamente com o médico imagiologista presente, pude demonstrar como colaborava diretamente na técnica e a aplicação de estratégias simples, como manter uma conversa significativa para a mulher, dar a mão durante o procedimento, desde que permita o toque, aplicar técnicas

de relaxamento e explicar o que vai sentir à medida que este acontece, podem contribuir para a sua experiência geral, neste contexto.

A equipa de enfermagem da unidade de mama, dispõe de uma base de dados, na qual são introduzidos todos os novos casos, após consulta de enfermagem de primeira vez. A cada nova etapa na trajetória de doença da mulher, a base de dados é atualizada, permitindo a extração de dados estatísticos relativamente aos indicadores de qualidade.

Esta ferramenta foi considerada útil, na fase de implementação do projeto, pelo que construí a mesma, por forma a permitir responder aos indicadores de qualidade definidos para consulta de enfermagem, bem como permitir a extração de dados para futuros estudos no âmbito da investigação.

Mais uma vez, a observação da prática, a minha participação nos cuidados e a minha experiência profissional, permitiram-me igualmente iniciar o fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção (Apêndice XI, XII), e aperfeiçoar o instrumento de colheita de dados.

Considero ainda que o percurso efetuado até ao final deste estágio e as competências desenvolvidas e consolidadas, me permitem afirmar que desenvolvi igualmente a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; a capacidade de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

2.2 Área da Saúde da Mulher do Hospital C

A última fase deste projeto de formação e intervenção, decorreu no hospital e serviço onde desempenho funções há 13 anos, uma instituição acreditada pela *Joint Commission International* (JCI), cumprindo as rigorosas Metas Internacionais de Segurança do Doente.

O estágio teve início no dia 2 de Janeiro de 2023 e término no dia 11 de Fevereiro de 2023, tendo contado com a orientação de uma enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, neste processo formativo e na implementação do projeto em contexto real.

Como objetivo geral propus-me a **contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, e sua família.**

Neste sentido, foram definidos três objetivos específicos, as respetivas atividades e indicadores de resultado, que apresento e analiso de seguida.

- Envolver a equipa de enfermagem do serviço onde desempenho funções

Nada se constrói sozinho e na promoção do envolvimento da restante equipa de enfermagem no projeto, foram definidas como atividades: a apresentação do projeto à Sr.^a Enfermeira Coordenadora e Chefe, apresentação do projeto à equipa de enfermagem, reunião com a coordenação médica de imagiologia mamária, solicitação de validação do guia orientador da consulta de enfermagem pelos colegas peritos.

Antes do início deste estágio, com o conhecimento e aval da minha professora orientadora, solicitei via e-mail, uma reunião com o Sr. Enfermeiro Diretor, Sr.^a Enfermeira Coordenadora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e o segundo elemento do serviço, visto que a chefia se encontrava ausente. Por motivos relativos à ausência não prevista de elementos no turno, o segundo elemento não pôde comparecer, tendo apresentado o projeto, com recurso a um conjunto de dispositivos *powerpoint*, no qual dei a conhecer os dados estatísticos do serviço relativamente a esta área de intervenção nos últimos três anos; o diagnóstico da situação; a análise SWOT; a intervenção de enfermagem identificada na literatura, observada nas experiências de estágio e pela minha experiência profissional; e os instrumentos de apoio à consulta de enfermagem construídos.

Como principal conclusão desta reunião destaco a proposta e incentivo do Sr. Enfermeiro Diretor, com a concordância da Sr.^a Enfermeira Coordenadora, que me mantivesse em articulação permanente com o CO, contribuindo para a continuidade dos cuidados, tendo ficado acordado a apresentação do projeto ao Sr. Enfermeiro Chefe do serviço.

Após a sua aprovação, procedi à apresentação do projeto ao segundo elemento e à restante equipa de enfermagem, tendo para isso organizado e comunicado, via mensagem no grupo do serviço, na aplicação *WhatsApp*, um momento de partilha, no período de transição do turno da manhã para a tarde, altura em que existe maior concentração de elementos no serviço. A meta de participação de 80% da equipa, foi cumprida, tendo participado 83.3%, considerando dois elementos ausentes por seguro e atestado, validando o seu apoio ao projeto, sendo a reação geral de aprovação.

Num terceiro momento, convoquei uma reunião com a coordenadora médica do departamento de imagiologia mamária, que igualmente reforçou o seu apoio, tendo sido sugeridas algumas melhorias nos fluxogramas do percurso da mulher em imagiologia de intervenção, definidos três indicadores de qualidade e proposta a elaboração em parceria, dos consentimentos informados para cada um dos procedimentos invasivos, cumprindo as orientações da JCI.

Visto que os técnicos de radiologia e auxiliares de ação médica do departamento de imagiologia mamária no serviço, se encontram aditos ao departamento de radiologia, tornou-se significativo a apresentação do projeto à Chefia dos técnicos de radiologia e à Sr.^a Enfermeira Responsável do referido serviço, contando igualmente com a sua colaboração.

Foi ainda incluída, tal como definido na reunião com a direção e coordenação de enfermagem, uma reunião com o Sr. Enfermeiro Chefe do CO, promovendo a articulação permanente com a equipa de enfermagem, médica, assistente social, psicóloga e equipa administrativa desta unidade.

Após a apresentação do projeto e visto que o CO também se encontra a implementar um projeto de navegação de doentes no âmbito dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, considerámos pertinente a realização de um estágio profissional, em que o *patient navigator* do CO passaria alguns dias na ASM, para observação da intervenção de enfermagem em imagiologia de intervenção mamária e no acompanhamento perante uma abordagem de tratamento cirúrgica, sendo igualmente pertinente a minha passagem pelo CO, observando a sua intervenção na preparação, acompanhamento e *follow up* da mulher/família proposta para tratamento sistémico neoadjuvante e adjuvante, bem como para radioterapia.

Outra necessidade premente de ambos os serviços, era a implementação do Termómetro de *Distress* (Riba *et al.*, 2022), ficando definido que trabalharíamos em conjunto para esse fim.

Procurando identificar a prática de cuidados de enfermagem na preparação física e psicológica dos doentes para procedimentos invasivos, bem como, os recursos informáticos disponíveis para esse fim na instituição onde desempenho funções, foi sugerido pela minha enfermeira orientadora que pedisse a colaboração da unidade de serviços especiais de gastroenterologia, visto que realizam uma teleconsulta de enfermagem preparatória e de *follow up*. Esta estratégia permitiu-me terminar a construção da *check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de *follow up* telefónico, adequando-a aos recursos existentes no hospital.

Deste modo, após este percurso inicial de estágio, em que procurei envolver e articular os vários serviços e elementos das equipas, com a colaboração de dois enfermeiros peritos do meu serviço, e da enfermeira orientadora, foram aferidos os instrumentos construídos e iniciado o guia orientador da consulta de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção (Apêndice XIII), definindo-se os aspetos organizacionais da mesma, como os objetivos das consultas, o circuito de agendamento, o horário e o local onde iriam decorrer, bem como o tempo previsto de cada consulta.

Foram também discutidos os três indicadores de qualidade, previamente discutidos na reunião com a coordenadora médica do departamento de imagiologia mamária, concordando que ficariam definidos, com base na literatura e nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (OE, 2017): o tempo decorrido desde o estudo mamário (de rastreio ou pela presença de sintomatologia) até ao diagnóstico, a adesão aos procedimentos propostos e a satisfação da mulher com os cuidados prestados.

- Promover a capacitação da equipa no âmbito da intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção.

Com vista em atingir este objetivo, tinha definido como atividades: realizar uma ação de formação à equipa sobre a intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, elaborar um

questionário de avaliação da apresentação, elaborar os documentos de apoio à prática, convidar colegas para estarem presentes no decurso das consultas realizadas, realizar um *briefing* com os colegas após as consultas observadas.

Em enfermagem, a construção de guias orientadores de boas práticas é essencial, sendo considerados instrumentos de qualidade, através dos quais os enfermeiros baseiam a sua actuação profissional em práticas recomendadas (resultados de estudos, fontes científicas e opinião de peritos), tornando os cuidados mais seguros, visíveis e eficazes (OE, 2007).

Igualmente, de acordo com Nunes (2008), a profissão de enfermagem necessita analisar as suas práticas, refletir sobre elas e apontar os melhores caminhos, demonstrando o seu papel nos cuidados globais de saúde, podendo inclusive influenciar as políticas neste sector, sendo fundamental além da elaboração e implementação dos guias orientadores, a sua disseminação.

Não tendo sido possível à data previamente planeada concluir este documento, este foi aferido e apresentado à equipa após o estágio. Assim, o guia orientador da consulta de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, baseia as suas orientações nos princípios da obra de Phaneuf (2005), “Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação”, no protocolo SPIKES (Buckam, 2005) em concomitância com o acrónimo NURSE (Kaplan, 2010) e na Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel (1988, 1990).

Encontra-se organizado em cinco partes: 1) Introdução, onde dou a conhecer ao leitor as recomendações na deteção precoce do cancro de mama, a intervenção de enfermagem identificada na literatura, a sua finalidade e objetivos; 2) Organização e princípios orientadores da consulta de enfermagem, onde se descreve o percurso da mulher e articulação entre serviços; 3) Consulta de enfermagem de acolhimento onde se descrevem os aspetos organizacionais e as respetivas etapas; 4) Plano educativo à mulher e família em imagiologia de intervenção; 5) Consulta de enfermagem de *follow up* telefónico.

Importa referir que as enfermeiras peritas envolvidas na construção do guia orientador, puderam observar duas consultas de enfermagem de acolhimento (telefónicas) e de *follow up* telefónico, seguido de um *briefing* individual, em que através de um processo de discussão reflexiva, foram registados os pontos a melhorar. Um dos

pontos abordados, esteve relacionado com o consentimento por parte da mulher para a realização de uma consulta de enfermagem de acolhimento telefónico, ficando definido que no início do telefonema, após a apresentação do enfermeiro e comunicação dos objetivos da consulta, seria solicitado o seu consentimento verbal para a sua realização, de acordo com as recomendações da OE para esta prática.

Durante o tempo útil de estágio, foi igualmente possível, de forma informal, que algumas enfermeiras observassem as consultas de enfermagem de acolhimento (presenciais e telefónicas) e a consulta de enfermagem de *follow up* telefónico, promovendo o seu envolvimento e capacitando-as para a sua realização.

- Implementar a consulta de enfermagem

Este objectivo específico é o culminar de muitas horas de trabalho e dedicação, em que na concretização das atividades definidas foram fundamentais os conhecimentos aprendidos nos campos de estágio anterior e as competências desenvolvidas nesse processo.

No período temporal definido para este estágio foram realizados 74 procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, nos quais se incluem biópsias guiadas por imagem (53 procedimentos), marcações tumorais com clip (3 procedimentos) e marcações pré operatórias com arpão (18 procedimentos), sendo a amostra constituída por 70 mulheres, maioritariamente (39%) na faixa etária dos 40 aos 49 anos de idade.

Relativamente às biópsias guiadas por imagem, à região mamária e axilar, dos 53 procedimentos (amostra de 49 mulheres), 20 mulheres apresentaram um resultado positivo para cancro de mama e/ou metástase de carcinoma primário da mama, e o tempo decorrido desde o estudo mamário até ao diagnóstico, considerando apenas os casos que se vieram a revelar positivos para cancro de mama, foi em média de 26,4 dias.

De acordo com os indicadores de qualidade da EUSOMA, o tempo de espera deve ser inferior a 6 semanas, desde a data do primeiro exame diagnóstico na Unidade de Mama até à data da cirurgia ou início de outro tratamento (Biganzoli *et al.*, 2017).

Relativamente às consultas de enfermagem de acolhimento foram realizadas 32 consultas, das quais 21 foram telefónicas e 11 foram presenciais. Das consultas de acolhimento que foram realizadas telefonicamente, o tempo de espera até ao diagnóstico foi em média de 45,4 dias, e presencialmente, foi de 23,9 dias.

Importa referir que perante uma alteração com elevada probabilidade de benignidade, o tempo de espera até à confirmação diagnóstica variou entre 0 e 214 dias, o que contribui para um tempo médio de espera mais elevado.

Considerando apenas as consultas de enfermagem de acolhimento, dos casos que se revelaram positivos para cancro de mama, foram realizadas 8 consultas telefónicas e 6 consultas presenciais, e o tempo de espera pelo diagnóstico foi em média de 24,5 dias nas consultas telefónicas e de 13,7 dias no caso do atendimento presencial.

Quanto ao indicador de adesão aos exames diagnósticos recomendados, ficou definido pelos elementos envolvidos, que seria avaliado através do levantamento de todos os estudos mamários pedidos em contexto de consulta, na instituição onde desempenha funções, classificados como BI-RADS 4 – exame com alteração suspeita e BI-RADS 5 - exame com elevado risco de malignidade, e que realizaram biópsia guiada por imagem na ASM.

Foram também realizadas 35 consultas de *follow up* telefónico, sendo que 100% da amostra foi classificada como clinicamente bem, 24h após. Verifiquei igualmente que a grande maioria das mulheres, refere dor e/ou desconforto após o mesmo, e teve necessidade de realizar medicação analgésica nas 24h posteriores à sua execução. Esta questão levou-me a refletir sobre uma prática observada no primeiro campo de estágio, em que é facultado paracetamol para toma imediata a seguir ao procedimento, prevenindo alguma sensação de dor e desconforto, algo que poderia considerar na minha realidade de cuidados.

Quanto à avaliação da satisfação com os cuidados de saúde, a classificação variou entre 9 (quatro respostas) e 10 (trinta e uma respostas), e quando questionadas sobre sugestões de melhoria, apenas referiam que agradeciam a disponibilidade e acompanhamento prestado.

Importa ainda referir que infelizmente, não me foi possível, em tempo útil de estágio, validar e aplicar o Termómetro de *Distress*, como inicialmente previsto. No entanto, mantenho-me de forma ativa a trabalhar com o CO nesse sentido.

Embora não tivesse sido planeado, com o apoio e aval do segundo elemento do serviço e da coordenação médica do departamento de imagiologia mamária, foi

implementada a utilização de música⁷, como estratégia para diminuir a ansiedade da mulher no decurso dos procedimentos invasivos.

Da pesquisa efetuada, e que foi partilhada com os envolvidos, uma revisão da literatura e metanálise de ensaios clínicos randomizados, refere que o efeito ansiolítico da música pode estar associado à modulação dos sistemas nervoso e endócrino e ao seu efeito sobre neurotransmissores, hormonas, citocinas e imunoglobulinas, bem como a uma resposta psicológica. Ouvir música pode suprimir o sistema simpático, diminuindo os níveis de cortisol e desencadeando a atividade cerebral em regiões ligadas às experiências emocionais e à modulação dos níveis de ansiedade. A abstração promovida pela música, pode mitigar a dor ao modular a conectividade entre os centros de dor cerebral ou simplesmente contribuir para que a pessoa, tenha a sensação de que o tempo passou mais rápido durante a biópsia (Ashour *et al.*, 2022).

Os autores supracitados, referem que um aspeto significativo na aplicação de música é a preferência musical individual, que não se verificou na maioria dos estudos randomizados incluídos nesta revisão, tendo a música sido escolhida pelos investigadores. Assim, sugerem que a música apresenta um efeito positivo na redução dos níveis de ansiedade durante o procedimento, no entanto, não tem efeito na redução da dor durante as biópsias mamárias (Ashour *et al.*, 2022).

Deste modo, defini que antes de cada procedimento seria determinado o interesse da mulher pela colocação de música, identificadas e seleccionadas as suas preferências musicais e assegurado um volume adequado para o momento. Curiosamente, a receptividade das mulheres foi significativa e mesmo na equipa prestadora de cuidados, a utilização de música foi reconhecida como um instrumento que contribuía para o seu bem estar.

Na reta final do meu estágio e consagrando a parceria nos cuidados estabelecida com a equipa do CO, fui convidada pelo Sr. Enfermeiro Chefe do serviço, para participar numa sessão de apresentação dos projetos na área de intervenção oncológica, intitulada

⁷ Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos por um musicoterapeuta, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Associação Portuguesa de Musicoterapia, 2023 conforme citado por Federação Mundial de Musicoterapia, 1996). Deste modo, reconhecendo que esta técnica deve ser realizada por um profissional qualificado, foi apenas aplicada música como estratégia para a diminuição da ansiedade.

“Cuidado Integrativo em Oncologia”. Nesta apresentação estiveram presentes a administração e a direção clínica e de enfermagem, entre outros elementos da equipa médica, de enfermagem, administrativos e auxiliares de ação médica de todo o hospital, de forma presencial e remotamente via *lifestreaming*, para todo o grupo (Apêndice XIV). Imediatamente após esta apresentação, o *feedback* recebido pelos elementos da direção foi muito positivo, e no dia seguinte recebemos um louvor escrito do Sr. Enfermeiro Diretor pelas três apresentações efetuadas, reforçando o seu apoio e agradecendo a nossa dedicação.

Considerando os objetivos gerais e específicos traçados, e as atividades concretizadas na implementação do projeto, todas as competências adquiridas ao longo do percurso foram consolidadas e colocadas em prática, tendo adicionalmente desenvolvido durante este último campo de estágio as competências, mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria da qualidade; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019); demonstra capacidade de planear, coordenar e avaliar os recursos baseados em evidência, de forma apropriada, na prestação de cuidados à pessoa afetada pelo cancro (EONS, 2022); competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

3. Avaliação

A prática reflexiva não é apenas uma estratégia educacional, mas também uma habilidade fundamental para o desenvolvimento profissional em enfermagem. A reflexão sobre as experiências clínicas, contribui para a agregação de novos conhecimentos, facilita a transformação da prática, ajuda ao desenvolvimento de novos *insights*, melhora os resultados dos doentes e acrescenta valor à profissão de enfermagem (Zhan *et al.*, 2023).

De um enfermeiro especialista e mestre, espera-se elevados níveis de competência científica, técnica e humana, habilidade crítica, reflexiva, e comunicacional perante situações clínicas complexas. A prática reflexiva, através da atribuição de significado às experiências vividas, torna-se assim necessária para a segurança da pessoa, para a saúde física e psicológica do próprio enfermeiro e no desenvolvimento de mecanismos na resolução de desafios futuros (Zhan *et al.*, 2023).

Impõe-se agora avaliar o percurso realizado, culminando na implementação do projeto de intervenção, evidenciando-se as questões éticas, limitações encontradas para a sua execução, a relevância do mesmo para a melhoria dos cuidados prestados, e os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e ameaças do mesmo, utilizando para isso a análise SWOT.

No planeamento do projeto de estágio, no decurso dos ensinamentos clínicos e na minha prática profissional, foram garantidos os sete princípios éticos fundamentais, da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, veracidade, fidelidade e integridade (Lockwood, 2022).

Igualmente, a construção do projeto de formação e intervenção, teve em consideração, o artigo 100º do código deontológico, assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional; o artigo 101º, relativo ao dever para com a comunidade; o artigo 104º, relativo ao direito ao cuidado, responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento, e o artigo 105º, relativo ao dever de informação (OE, 2015).

No Hospital A tive o meu primeiro contato com uma Unidade de Mama, permitindo-me compreender a dinâmica de funcionamento, o percurso efetuado pela

mulher e família neste contexto, observar a intervenção de enfermagem no seu acompanhamento mediante cada etapa da doença, e na promoção da continuidade dos cuidados junto da restante equipa multidisciplinar. A participação nos cuidados prestados permitiu-me colocar em prática os conhecimentos adquiridos no decurso deste mestrado, como também treinar as minhas competências comunicacionais e educacionais.

Ao contrário do que teria antecipado, pude principalmente observar e participar nos cuidados no departamento de imagiologia mamária da unidade, tendo as experiências vividas e a disponibilidade e motivação da equipa que me acompanhou, contribuído para identificar na prática de cuidados as dúvidas, preocupações, necessidades de informação da mulher/família e a intervenção de enfermagem em imagiologia de intervenção, validando a evidência encontrada através da pesquisa efetuada, e contribuindo para a construção de instrumentos mais robustos para este projeto.

O segundo campo de estágio, constituiu-se uma oportunidade para observar a dinâmica de funcionamento de uma Unidade de Mama em que as políticas de qualidade e segurança se aproximavam mais da minha realidade institucional. Reconheço, que o autoconhecimento e assertividade desenvolvidos, foram fundamentais no início deste percurso formativo, comunicando de forma clara e sem ambiguidades os contributos que o campo de estágio teria no meu processo formativo.

Os argumentos apresentados foram validados no decurso do mesmo, tendo a perícia da enfermeira orientadora e as experiências vividas, contribuído para a consolidação dos meus conhecimentos sobre a intervenção de enfermagem no acompanhamento da mulher/família com cancro de mama, principalmente no âmbito do tratamento cirúrgico e no processo de reabilitação.

A observação e participação nas entrevistas de enfermagem, revelaram-se fundamentais no planeamento e na identificação das intervenções promotoras do acolhimento da mulher, continuar a aperfeiçoar as competências comunicacionais, principalmente no âmbito da gestão de más notícias, e educacionais. Ao contrário do que teria antecipado, pude igualmente informar e esclarecer a mulher/família sobre os procedimentos invasivos em imagiologia de intervenção durante a fase cirúrgica,

verificando a pertinência da informação fornecida, durante o acompanhamento no dia da cirurgia.

Para a implementação do projeto, realizei o último estágio no hospital e serviço onde exerço funções, procurando mobilizar todos os conhecimentos e competências adquiridas durante este percurso formativo, seguindo o artigo 97º do código deontológico, que sempre orientou o meu percurso profissional,

exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015).

Durante este último percurso foi essencial, a disponibilidade e participação das enfermeiras peritas do meu serviço e da enfermeira orientadora no planeamento da consulta, na validação dos instrumentos e na construção do guia orientador, os contributos e apoio da equipa médica do departamento de imagiologia mamária, e a parceria estabelecida com a equipa do CO, cumprindo o artigo 104º, assegura a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas (OE, 2015).

Uma questão que foi salvaguardada no planeamento da consulta, foi o processo de referenciação de doentes, seja para recursos internos ao hospital, seja para o SNS, com base no código deontológico em que o enfermeiro tem o dever, de acordo com o artigo 104º, de orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência (OE, 2015).

Reconheço, que foi um estágio marcado por uma perda significativa na minha vida pessoal, em que tive de gerir as minhas próprias emoções por forma a continuar a trajetória definida. Esta foi sem dúvida a maior limitação na sua execução e que me levou a não conseguir realizar algumas das atividades a que me propus durante o estágio no meu local de trabalho, mas que colmatei após o seu término, aferindo e apresentando o guia orientador à equipa, em contexto de formação em serviço.

Donabedian (2003), define que para obter resultados que demonstrem a melhoria de qualidade devem ocorrer mudanças na estrutura e nos processos. Deste modo, considero que as atividades concretizadas permitiram-me partilhar os conhecimentos

adquiridos com a equipa e com o grupo onde desempenho funções, promover a articulação de cuidados entre serviços e prestar cuidados baseados em evidência científica. De igual modo, com base na observação da prática, na minha experiência profissional e na evidência científica recolhida, contribuí para a identificação da intervenção de enfermagem neste contexto, definindo um percurso mais célere durante a fase diagnóstica, melhorando a experiência da mulher/família em imagiologia de intervenção e garantindo a segurança dos cuidados.

Assim, embora ainda não me seja possível tirar conclusões consistentes, com base nos indicadores definidos para esta consulta, a avaliação com a satisfação dos cuidados das mulheres/famílias alvo das consultas de acolhimento e *follow up* telefónico, durante o período definido para este estágio, e a recetividade dos elementos presentes na apresentação do projeto veio confirmar a sua importância para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Quanto à base de dados construída, não continha dados que permitissem a identificação das doentes, sendo apenas uma ferramenta de controlo dos indicadores de qualidade de cuidados, tal como estipulado no artigo 106º, relativo ao dever do sigilo (OE, 2015).

Reflito agora sobre a análise SWOT relativa à implementação do projeto, identificando os pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças à sua continuidade.

Como pontos fortes, enumero a recetividade de toda a equipa de enfermagem do serviço, e a colaboração das enfermeiras peritas na implementação da consulta; a articulação com a equipa do CO, contribuindo para a continuidade dos cuidados; a valorização da intervenção de enfermagem especializada no acompanhamento da mulher em imagiologia de intervenção pela equipa médica, demonstrando igualmente abertura para a aplicação de estratégias na diminuição da ansiedade, como a utilização de música; o envolvimento de outros elementos da equipa de cuidados em imagiologia mamária, como técnicos de radiologia e auxiliares de ação médica, que perante uma alteração suspeita identificada num estudo mamário, e na minha ausência, recolhiam os dados e me transmitiam para que fosse iniciado o acompanhamento; e o crescente reconhecimento por parte da instituição onde desempenho funções, da necessidade de

se planejar e construir uma Unidade de Mama, centrada no diagnóstico e tratamento do cancro de mama.

Quanto aos pontos fracos, considero que a interrupção do meu estágio por questões pessoais, condicionou o pouco tempo que tinha disponível para conseguir efetivamente capacitar as colegas para a realização da consulta. Igualmente, embora exista vontade da equipa em participar e que me encontre disponível para contribuir com os meus conhecimentos nesse sentido, continuo a considerar que a consulta de acolhimento deve ser realizada preferencialmente por uma enfermeira especialista, na área de intervenção oncológica.

Relativamente às oportunidades, a possibilidade de observar outras realidades de cuidados, centradas exclusivamente no diagnóstico e tratamento do cancro de mama, permitindo-me refletir e debater com peritos na área de intervenção oncológica temas significativos relativamente à prática de cuidados, e contando com a sua disponibilidade e contributo para um projeto diferente do habitual neste contexto de cuidados; promover a investigação sobre a intervenção de enfermagem, em imagiologia de intervenção mamária, melhorando a qualidade e a segurança dos cuidados à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, e sua família.

Como ameaças refiro a existência de Unidades de Mama que não dispõem de departamento de imagiologia mamária exclusivo, ou a realização dos procedimentos em imagiologia de intervenção mamária em clínicas e consultórios privados, em que o volume anual e o contexto, não justifica a sua implementação.

Por fim, procurei também refletir sobre o meu desenvolvimento de competências, utilizando o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, no qual Benner (2005) distingue cinco níveis de competência para o enfermeiro: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O meu investimento pessoal, associado à minha experiência nos cuidados à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, em imagiologia de intervenção, levam-me a considerar que no início deste processo formativo me encontrava num nível de proficiente.

Ao concluir esta etapa, considero que adquiri um conjunto de competências que me permitem identificar como enfermeira perita nesta área de estudo.

4. Conclusão e Trabalho Futuro

Quando terminei a minha licenciatura em enfermagem recordo-me das palavras de um dos meus professores, que nos lembrou que quando decidíssemos ingressar numa especialidade e/ou mestrado, deveríamos ter como motivação a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de competências que nos permitissem influenciar o ambiente de cuidados e contribuir para a valorização da enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, e como ciência, em contexto real e não a persecução de um estatuto meramente académico.

Estas palavras ecoaram na minha cabeça durante anos e nortearam o meu percurso. Quando decidi iniciar este Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem reconhecia a necessidade de investir na minha formação, permitindo o meu desenvolvimento pessoal e profissional, num mundo em permanente mudança e em que a exigência dos cuidados nos impele a uma atualização contínua, tendo este investimento repercussões na melhoria da qualidade e segurança dos serviços prestados na instituição onde desempenho funções.

O planeamento deste projeto de formação e intervenção baseou-se inicialmente na observação da prática e na minha experiência profissional, no acompanhamento das mulheres com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, principalmente no departamento de imagiologia mamária, e na escassa, embora clara evidência, de que a nossa intervenção poderia influenciar a experiência da mulher neste contexto, em que a exposição prolongada à incerteza e à angústia, no caso de mulheres com patologia benigna da mama, pode resultar em mudanças comportamentais na realização dos rastreios necessários, e no caso de mulheres diagnosticadas com cancro de mama, influencia os resultados terapêuticos.

Nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crónica, encontra-se definido na unidade de competência, maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, na alínea 2.3.4, promove ações de prevenção e rastreio para a deteção precoce da doença crónica, incentivando ao nosso envolvimento, sendo os conhecimentos científicos, técnicos e humanos dos enfermeiros

especialistas na área de intervenção oncológica fundamentais na prevenção primária e secundária do cancro.

Deste modo, na busca pela definição da nossa intervenção neste contexto, e principalmente durante o período diagnóstico, identifiquei que possuímos um papel essencial na avaliação do distress, no fornecimento de apoio psicoemocional e educacional, na coordenação dos cuidados, na prestação de cuidados durante o procedimento, e na promoção da literacia em saúde, no âmbito dos rastreios.

Quando iniciei o período de estágio, encontrava-me ciente que poderia deparar-me com alguns constrangimentos pelo caminho, sendo uma área pouco estudada, planeada e implementada em Portugal, no entanto, a minha motivação, o apoio incondicional da equipa com a qual trabalho, das mulheres/famílias de quem cuido, e dos professores que me acompanharam, permitiram-me perspetivar cada experiência como uma oportunidade.

As experiências vividas revelaram-se essenciais não só na consolidação dos conhecimentos adquiridos no decurso deste mestrado, e no desenvolvimento das competências a que me propus, como na construção deste projeto, tendo contribuído para isso a disponibilidade, a generosidade na partilha de conhecimentos e a perícia de todos os elementos das equipas que me acompanharam.

A reta final deste estágio foi particularmente difícil para mim e confesso que senti alguma preocupação por não ter conseguido concretizar todas as atividades previstas.

No entanto, o término deste estágio não é um fim em si mesmo, mas sim um ponto de partida para uma nova etapa na minha vida profissional. Após a conclusão do mesmo, e embora não me encontre exclusivamente na prestação de cuidados à mulher/família com suspeita e diagnóstico de cancro de mama no serviço, continuei a trabalhar no âmbito do projeto, tendo apresentado o guia orientador à equipa, contando com a sua ajuda e colaboração na realização das consultas.

A base de dados construída irá permitir-me, no final deste ano, avaliar os indicadores de qualidade definidos, apresentando dados concretos do trabalho desenvolvido.

Num futuro próximo gostaria de rever a minha *revisão scoping*, proceder à sua publicação, e divulgar este projeto em eventos científicos, como congressos, contribuindo para a disseminação do conhecimento e incentivando à investigação neste contexto.

Embora reconheça que este projeto tem algumas limitações em termos de implementação, visto que nem todas as Unidades de Mama dispõem de um departamento de imagiologia mamária exclusivo, e que muitas vezes este percurso da mulher é fragmentado, realizando os estudos mamários e os procedimentos invasivos necessários ao seu diagnóstico em clínicas e consultórios privados, a identificação da intervenção de enfermagem durante o período diagnóstico pode contribuir para que as equipas, nos centros especializados no diagnóstico e tratamento do cancro de mama, se encontrem mais despertas para a necessidade de apoio numa fase mais precoce, orientando a mulher/família no complexo caminho dos cuidados, diminuindo os tempos de espera, promovendo a tomada de decisão terapêutica mais informada, o que se reflete na angústia experienciada.

Os conhecimentos e competências desenvolvidos foram reconhecidos pela equipa interdisciplinar da mama, que até ao momento era apenas constituída por médicos peritos na área, tendo-me sido estendido o convite, com o parecer positivo da direção, coordenação e chefia da instituição e serviço, para integrar a mesma, como *breast care nurse*, comparecendo nas reuniões semanais e participando ativamente no acompanhamento da mulher e família, encontrando-me já a planear um novo projeto no acompanhamento e preparação da mulher/família perante uma abordagem terapêutica cirúrgica.

Por fim, acredito que o ponto ideal é quando se está exatamente onde se deveria estar, a fazer o que deveria estar a ser feito, e a fazê-lo bem (Sørensen, 2023), e que o caminho iniciado e construído irá, num futuro próximo, contribuir para a implementação de uma Unidade de Mama, especializada nos cuidados à mulher/família que se confrontam com um diagnóstico de cancro de mama, na instituição onde desempenho funções.

Referências Bibliográficas

- Amorim, A., Freitas, J., Silva, A., Valério, E., Alves, E., & Magalhães, B. (2023). *Domínios de Intervenção da Enfermagem Oncológica em Radiologia de Intervenção* (1st ed.). Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. <https://www.aeop.pt/ficheiros/Dominios-em-RI.pdf>
- Ashour, A., Abd-ElGawad, M., Yohanna, M., El-Nagar, M., Fadl, A., Goda, G., Ouerdane, Y., Saad, H., Fouad, M., El-Nassery, N., Kamel, M., & Ezahaby, I. (2022). Is music intervention effective in reducing anxiety and pain during breast biopsy procedure? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Supportive Care in Cancer*, 30(12), 10379–10389. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07414-7>
- Associação Portuguesa de Musicoterapia. (2023, Novembro 9). *Musicoterapia*. <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-csgz>
- Bailey, D., & Stewart, J. (2004). Merle Mishel: Incerteza na Doença. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5th ed., pp. 629–654). Lusociência.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito* (2nd ed.). Quarteto.
- Berg, W. (2019a). Approach to Screening. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 70–75). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Berg, W. (2019b). Approach to Lexicons of Breast Imaging. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 208–213). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Berg, W., & Hooley, R. (2019). Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Biopsy. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1232–1233). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Berg, W., & Mayo, R. (2019). Fine-Needle Aspiration Biopsy, Breast. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1182–1183). Elsevier.

<https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>

- Bick, U., Trimboli, R. M., Athanasiou, A., Balleyguier, C., Baltzer, P. A. T., Bernathova, M., Borbély, K., Brkljacic, B., Carbonaro, L. A., Clauser, P., Cassano, E., Colin, C., Esen, G., Evans, A., Fallenberg, E. M., Fuchsjaeger, M. H., Gilbert, F. J., Helbich, T. H., Heywang-Köbrunner, S. H., ... Sardanelli, F. (2020). Image-guided breast biopsy and localisation: recommendations for information to women and referring physicians by the European Society of Breast Imaging. *Insights into Imaging*, 11(12), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0803-x>
- Biganzoli, L., Cardoso, F., Beishon, M., Cameron, D., Cataliotti, L., Coles, C. E., Delgado Bolton, R. C., Trill, M. D., Erdem, S., Fjell, M., Geiss, R., Goossens, M., Kuhl, C., Marotti, L., Naredi, P., Oberst, S., Palussière, J., Ponti, A., Rosselli Del Turco, M., ... Poortmans, P. (2020). The requirements of a specialist breast centre. *Breast*, 51, 65–84. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003>
- Biganzoli, L., Marotti, L., Hart, C., Cataliotti, L., Cutuli, B., Kühn, T., Mansel, R., Ponti, A., Poortmans, P., Regitnig, P., Hage, J., Wengström, Y., & del Turco, M. (2017). Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer*, 86, 59–81. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejca.2017.08.017>
- Boyd, B., & Fine, R. (2007). Stereotactic Breast Biopsy: The Nurse's Role. *Journal of Radiology Nursing*, 26(1), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2006.11.001>
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142. <https://medicine.usask.ca/documents/pgme/educational-resources/breaking-bad-news-spikes-model---psychosocial-onc---2005.pdf>
- Butler, R., & Berg, W. (2019). Preoperative Lesion Localization, Bracketing. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1192–1193). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Calhau, J. (2022). Não há doentes com cancro. Há famílias com cancro. In A. Belshior & A. Parreira (Eds.), *A Tecnologia ao Serviço da Humanização dos Cuidados em Oncologia* (1st ed., pp. 151–160). Fundação Champalimaud.

- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Carroll, C. (2006). Sorting out breast biopsy options. *Nursing*, 36(3), 70–71. DOI: 10.1097/00152193-200603000-00057
- Cohen, E., & Berg, W. (2019). Stereotactic Biopsy, Prone. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1220–1223). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Cohen, E., & Santiago, L. (2019). Stereotactic Biopsy, Upright. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1224–1227). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional 2019-2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/mais-de-22-mil-utentes-encaminhados-para-tratamento-hospitalar-apos-rastreios-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022a). *Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro: 2021-2030*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/07/01/luta-contra-o-cancro/>
- Direção-Geral da Saúde (2022b). *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.
- Eicher, M., Kadmon, I., Claassen, S., Marquard, S., Pennery, E., Wengstrom, Y., & Fenlon, D. (2012). Training breast care nurses throughout Europe: The EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing. *European Journal of Cancer*, 48(9), 1257–1262. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.07.011>
- European Breast Cancer Coalition (2023a, November 9). *What is Prevention?*. <https://www.europadonna.org/prevention-and-breast-health/###>
- European Breast Cancer Coalition (2023b, November 9). *Primary Prevention and Breast Health*. <https://www.europadonna.org/prevention-and-breast-health/primary-prevention-and-breast-health/>
- European Breast Cancer Coalition (2023c, November 9). *Secondary prevention and early detection*. <https://www.europadonna.org/prevention-and-breast-health/secondary-prevention-and-early-detection/>
- European Breast Cancer Guidelines (2023a, November 9). *Screening ages and frequencies*. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-cancer-guidelines/screening-ages-and-frequencies>
- European Breast Cancer Guidelines (2023b, November 9). *Additional screening tests for dense breast (summary information for women)*. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines/dense-breast/summary>
- European Cancer Information System. (2023, November 9). *Long term incidence and mortality 2025-2040*. [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-4\\$1-All\\$4-2\\$3-29\\$6-40,85\\$5-2022,2040\\$7-7,8\\$21-0\\$CLongtermChart1_1\\$X0_-1-AE27\\$CLongtermChart1_2\\$X1_-1-AE27\\$CLongtermChart1_3\\$X2_-1-AE27\\$CLongtermChart1_4\\$X3_14-\\$X3_-1-AE27\\$CLongtermTable1_6\\$X4_-1-AE27](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-4$1-All$4-2$3-29$6-40,85$5-2022,2040$7-7,8$21-0$CLongtermChart1_1$X0_-1-AE27$CLongtermChart1_2$X1_-1-AE27$CLongtermChart1_3$X2_-1-AE27$CLongtermChart1_4$X3_14-$X3_-1-AE27$CLongtermTable1_6$X4_-1-AE27)
- European Oncology Nursing Society. (2021). *EONS Cancer Prevention Plan 2021-2023*. <https://cancernurse.eu/wp-content/uploads/2021/06/EONS-Cancer-prevention-plan-May-25-2021.pdf>

- European Oncology Nursing Society. (2022). *Cancer Nursing Education Framework - 5th edition*. European Oncology Nursing Society. https://cancernurse.eu/wp-content/uploads/2022/12/Framework_version2_FINAL_Dec052022.pdf
- Evans, A., Trimboli, R. M., Athanasiou, A., Balleyguier, C., Baltzer, P. A., Bick, U., Camps Herrero, J., Clauser, P., Colin, C., Cornford, E., Fallenber, E. M., Fuchsjaeger, M. H., Gilbert, F. J., Helbich, T. H., Kinkel, K., Heywang-Köbrunner, S. H., Kuhl, C. K., Mann, R. M., Martincich, L., ... Sardanelli, F. (2018). Breast ultrasound: recommendations for information to women and referring physicians by the European Society of Breast Imaging. *Insights into Imaging*, 9(4), 449–461. <https://doi.org/10.1007/s13244-018-0636-z>
- Ferreira, M., & Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. *Onco.News*, 38, 6–14. <https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>
- Guan, T., Qan'ir, Y., & Song, L. (2021). Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 29, 4623–4640. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05931-x>
- Harding, M. (2014). Incidence of Distress and Associated Factors in Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation. *Western Journal of Nursing Research*, 36(4), 475–494. <https://doi.org/10.1177/0193945913506795>
- Harding, M. (2015). Effect of nurse navigation on patient care satisfaction and distress associated with breast biopsy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), E15–E20. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E15-E20>
- Hooley, R. (2019). Ultrassound-Guided Core Needle Biopsy. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1228–1231). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *Press Release no 292 - Latest global cancer data: Cancer burden rises to 19.3 million new cases and 10.0 million cancer deaths in 2020*. https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2020/12/pr292_E.pdf

- International Agency For Research on Cancer (2023, Novembro, 9). *Breast Cancer Awareness Month 2021*. <https://www.aws.iarc.who.int/featured-news/breast-cancer-awareness-month-2021/>
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514–516. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>
- Kreitler, S. (2019). The Phases of the Confrontation with Cancer. In S. Kreitler (Ed.), *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease* (1st ed., pp. 25–43). Springer Nature Switzerland AG. <http://doi.org/10.1007/978-3-030-06126-5>
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer* (7th ed.). Livraria Martins Fontes Editora.
- Laranjeira, C., Afonso, C., & Querido, A. (2021). Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students. *SAGE Open Nursing*, 7, 1–5. <https://doi.org/10.1177/23779608211044589>
- Lee, A., Plecha, D., Woodard, G., Price, E., Hayward, J., Mark, S., & Joe, B. (2020). Utilization of patient navigators in breast imaging facilities across the United States: A survey of breast imaging radiologists. *Journal of Breast Imaging*, 2(1), 16–21. <https://doi.org/10.1093/JBI/WBZ078>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2021). *Impacto Económico e Psicossocial do Cancro da Mama em Portugal*. <https://www.ligacontracancro.pt/impactocamama/>
- Lockwood, W. (2022). *Nursing ethics*. <https://www.rn.org/courses/coursematerial-177.pdf>
- Loewenthal, C., & Marques, J. (2017). Papel das técnicas de imagem ao longo do espectro do cancro da mama. In F. Cardoso (Ed.), *100 Perguntas Chave no Cancro de Mama* (2nd ed., pp. 8–15). Permanyer Portugal. <https://www.grupodeoncologiapalop.com/Escola-de-Oncologia-dos-PALOP/Recomenda%C3%A7%C3%B5es/details/100-perguntas-chave-no-cancro-da-mama>
- Machado, P., Morgado, M., Raposo, J., Mendes, M., Ferreira, L., & Roque, A. (2021). *Manual de exercício físico para pessoas com cancro: Um guia para a pessoa com cancro, familiares e amigos* (1st ed.). Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde. <https://doi.org/10.25766/71bf-wx70>

- Martins, M., Pais, H., & Ribeiro, L. (2020). Abordagem diagnóstica da neoplasia da mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Eds.), *Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama* (1st ed., pp. 81–92). edit.on.lab.lida. https://www.sponcologia.pt/download/manual_oncologia_spo.pdf
- McMullen, L., Banman, T., de Groot, J., Jacobs, S., Srdanovic, D., Franey, E., & Mackey, H. (2013). *Oncology Nursing Society: Oncology Nurse Navigator Core Competencies*. https://www.ons.org/sites/default/files/ONNCompetencies_rev.pdf
- McMullen, L., Christensen, D., Haylock, P., Rose, T., Sellers, J., Srdanovic, D., Baileys, K., & Lubejko, B. (2017). *2017 Oncology Nurse Navigator Core Competencies* (Vol. 2). https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Competencies.pdf
- Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Stewart, J., Bailey, D., Robertson, C., & Mohler, J. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 94(6), 1854–1866. <https://doi.org/10.1002/cncr.10390>
- Mishel, M. (2014). Theories of Uncertainty in Illness. In M. Smith & P. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (3rd ed., pp. 53–86). Springer Publishing Company.
- Montgomery, M. (2010). Uncertainty During Breast Diagnostic Evaluation. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 77–83. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.77-83>
- Montgomery, M., & McCrone, S. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 2372–2390. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05439.x>
- Musa, A., Arnold, E. C., Carpenter-Thompson, R., Baron, D., Anavim, A., Al-Hihi, M., Lang, E., Trivedi, P., Grewal, A., Pendi, K., Swantek, J., & Ter-Oganesyan, R. (2020). Attitudes of Preprocedural Patient Anxiety: A 2019 Cross-Sectional Study of Radiology Nurses. *Journal of Radiology Nursing*, 39(3), 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2019.12.011>
- Nunes, L. (2010). Prefácio. In A. Marques, E. Santos, F. Mendes, J. Nelas, M. A. Monteiro, M. A. Monteiro, & M. Costa (Eds.), *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de*

saúde infantil e pediátrica (Vol. 1, pp. 5–134). Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Nunes, L. (2013). Enquadramento. In L. Nunes (Ed.), *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem* (pp. 3–21). Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Ojeda-Fournier, H., & Berg, W. (2019). Ductography. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1176–1181). Elsevier.
<https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recommend_Manuais_BPraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº156/2015 de 16 de setembro).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, II Série (N. °135 de 16-07-2018), Regulamento nº 429/2018. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Assembleia da República. Diário da República, II Série (N. °26 de 06-02-

- 2019), Regulamento n.º 140/2019. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Guide to Cancer Early Diagnosis*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940>
- Organização Mundial da Saúde (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Formação e Saúde.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., Khalil, H. (2020). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Rêgo, I., Coelho, S., Semedo, P., Cavaco-Silva, J., Teixeira, L., Sousa, S., Reis, J., Dinis, R., Schmitt, F., Afonso, N., Fougo, J., Pavão, F., Baptista-Leite, R., & Costa, L. (2023). 360 Health Analysis (H360)—A Comparison of Key Performance Indicators in Breast Cancer Management across Health Institution Settings in Portugal. *Current Oncology*, 30(7), 6041–6065. <https://doi.org/10.3390/curroncol30070451>
- Riba, M., Donovan, K., Ahmed, K., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W., Brewer, B., Corbett, C., Fann, J., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D., Handzo, G., Hoofring, L., Huang, C.-H., Hutchinson, S., Johns, S., Keller, J., Kumar, P., ... Vanderlan, J. (2022). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management*. Disponível em https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–37. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Smith, J., Dunn, B., & Greenwald, P. (2011). Dynamics of Cancer Prevention. In C. Yarbro, D. Wujcik, & B. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: principles and practice* (7th ed., pp. 95–114). Jones and Bartlett Publishers.

- Soo, M. (2019). Interventional Procedures: Patient-Centered Approach. In C. Kuzmiak (Ed.), *Interventional Breast Procedures: A Practical Approach* (1st ed., pp. 1–19). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-13402-0>
- Soo, M. S., Shelby, R. A., & Johnson, K. S. (2019). Optimizing the Patient Experience during Breast Biopsy. *Journal of Breast Imaging*, 1(2), 131–138. <https://doi.org/10.1093/jbi/wbz001>
- Sørensen, K. (2023). Health Literacy in the Sweet Spot of Professional Development. In C. Almeida & Fragoeiro Isabel (Eds.), *Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas* (1st ed., p. XXV–XXVI). PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Tuck, P., & Krenzischek, D. (2019). Pre- and Pos-Procedure Nursing Care. In K. Gross (Eds.), *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (1st ed., pp. 59–75). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Vogel, W. (2011). Diagnostic Evaluation, Classification, and Staging. In C. Yarbro, D. Wujcik, & B. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: principles and practice* (7th ed., pp. 166–197). Jones and Bartlett Publishers.
- Zhang, Y. (2017). Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 645–649. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.645-649>
- Zhan, T. ting, Wang, L., Wang, Y., & Sun, C. (2023). Master of nursing specialist experiences of an internship through the use of written reflections: A qualitative research study. *Heliyon*, 9(2). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13299>

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de presença: XIX Jornadas de Senologia



CERTIFICADO DE PRESENÇA

CERTIFICAMOS QUE

Ana Filipa Fernandes

PARTICIPOU NAS **XIX JORNADAS DE SENOLOGIA**, QUE SE REALIZARAM
NOS DIAS 28 E 29 DE OUTUBRO, NO CENTRO DE CONGRESSOS DO ESTORIL.


José Carlos Marques
Presidente da SPS



APÊNDICES

APÊNCIDE I

Sondagem diagnóstica de necessidades da equipa de enfermagem

Sondagem Diagnóstica de Necessidades da Equipa de Enfermagem	
Caros colegas,	
No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Área de Intervenção Oncológica, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um projeto de formação e intervenção, com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre e contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, procurando identificar, Qual a intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção? Assim, pretende-se com este questionário conhecer a sua opinião sobre a importância deste tema e a necessidade de aprofundamento do mesmo. Agradeço desde já o apoio e participação.	
QUESTIONÁRIO	
Assinale com uma cruz (X) a opção.	
Grau Académico	Licenciatura () Especialidade () Mestrado () Doutorado
Anos de Experiência Profissional	0-5 anos () 5-10 anos () 10-15 anos () 15-20 anos () Mais de 20 anos ()
Anos de Experiência Profissional no Serviço	0-5 anos () 5-10 anos () 10-15 anos ()
Considera este tema importante para o seu serviço. Se Sim, Porquê?	

Quais as intervenções de enfermagem que realiza à mulher/família submetida a procedimentos invasivos da mama? Assinale com uma cruz (X)

	Sim	Não
Orientação da mulher/família na marcação do procedimento.		
Fornecimento de informação sobre o procedimento.		
Disponibilização de folheto explicativo sobre o procedimento.		
<i>Briefing</i> prévio, com a equipa presente durante o procedimento (médico e técnico de radiologia), sobre as especificidades do procedimento a realizar e sobre as necessidades da mulher/família.		
Preparação da sala e do material necessário para o procedimento.		
Prestação de cuidados durante o procedimento.		
Suporte psico-emocional à mulher/família.		
Realização do penso compressivo local.		
Ensinos à mulher/família sobre os cuidados pós procedimento.		
Disponibilização de contacto telefónico do serviço.		
Orientação da mulher/família na marcação de consulta com o médico de referência.		
<i>Follow up</i> pós procedimento.		
Receção dos resultados anatomopatológicos.		

Relativamente às intervenções de enfermagem, no acompanhamento à mulher/família submetida a procedimentos invasivos da mama, quais as suas maiores dificuldades?

APÊNDICE II

Análise da sondagem diagnóstica de necessidades da equipa de enfermagem

Análise da sondagem diagnóstica de necessidades da equipa de enfermagem

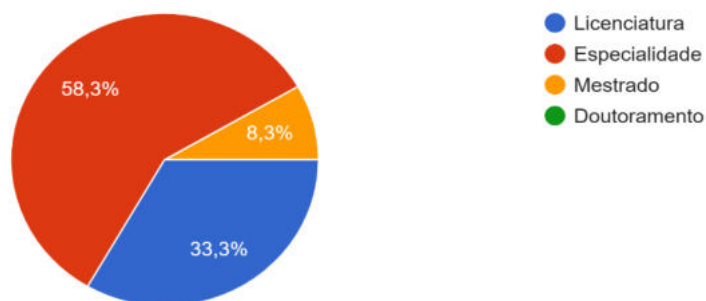
Total de elementos da equipa de enfermagem: 13 elementos

Elementos que responderam ao questionário: 12 elementos

Percentagem de adesão ao preenchimento do questionário: 100% da equipa de enfermagem

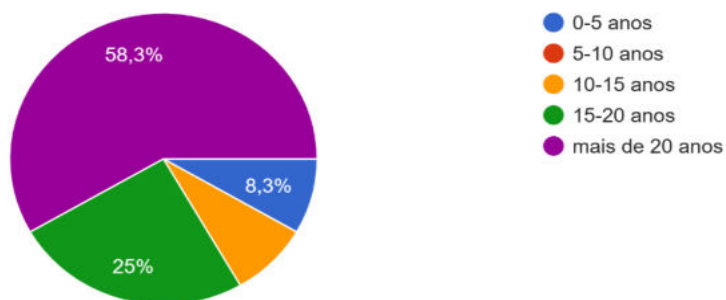
Assinale com uma cruz (X) a opção o grau académico

12 respostas



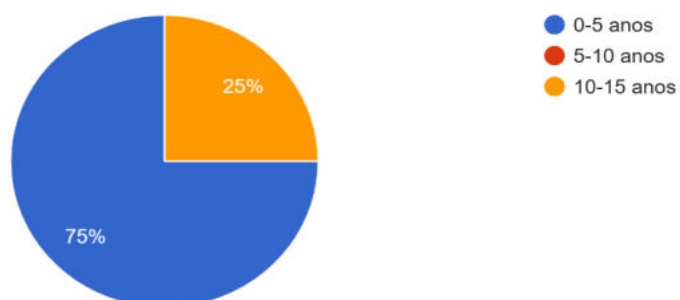
Anos de Experiência Profissional

12 respostas



Anos de Experiência Profissional no Serviço

12 respostas



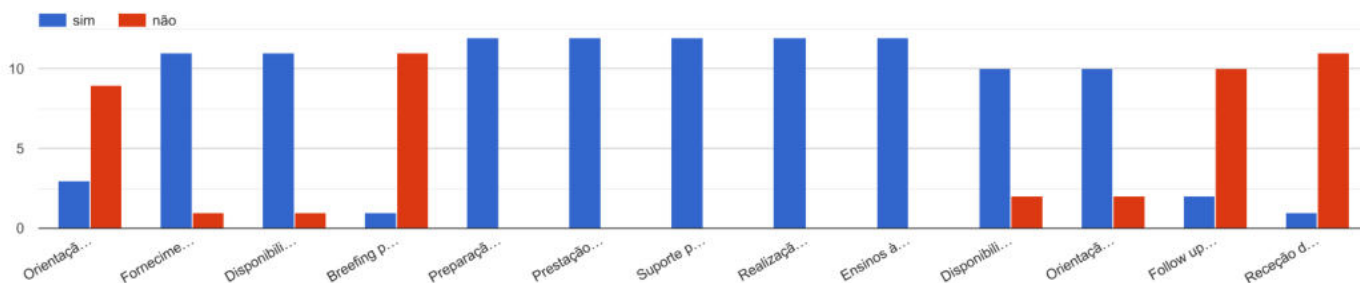
Considera este tema importante para o seu serviço. Se Sim, Porquê?

Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise	Frequência
Intervenção de enfermagem	Apoio/Suporte Emocional Prestado	E1: “tranquilizar e apoiar” E4: “presença do enfermeiro é fundamental para o bem-estar físico/emocional do cliente” E5: “reconhecer o seu papel no bem-estar da cliente” E7: “nível elevado de ansiedade associado, motivado por dúvidas, desconhecimento, incerteza do diagnóstico” E8: “momento de stress e extrema importância e instabilidade” E11: “momento disruptivo das suas vidas”	7
	Educação	E4: “fornece informação à cliente para minimizar a ansiedade” E5: “esclarecer todos os medos, angústias e dúvidas de modo a minimizar o seu sofrimento e mal-estar”	2
	Relação Terapêutica	E4: “contribui para relação de empatia, confiança e profissional” E5: “estabelecer relação de empatia”	2
	Coordenação dos cuidados	E1: “o enfermeiro um dos principais elos entre a mulher e o seu tratamento” E3: “prestar cuidados fundamentados e informados, possibilitando o melhor acompanhamento” E7: “enfermeiro se destaca pelo acompanhamento que faz” E9: “enfermagem tem um papel muito importante nos procedimentos de rastreio e diagnóstico da patologia da mama, nomeadamente nos procedimentos invasivos”	6

		E11: “diferença nos cuidados prestados pela equipa de enfermagem a estas clientes num momento disruptivo das suas vidas” E12: “diferença que as nossas intervenções têm na vida destas clientes”	
	Prestação de cuidados diretos	E2: “durante os procedimentos invasivos da mama muitas vezes a enfermeira está presente” E3: “uma área que faz parte do serviço” E5: “enfermeiro está presente no procedimento” E8: “serviço onde se praticam este tipo de procedimentos”	4
	Capacitação da equipa	E2: “necessário uniformizar todos os procedimentos dentro da equipa” E3: “extrema importância que todos os enfermeiros estejam integrados” E6: “permitir organizar melhor o trabalho da enfermeira” E12: “organizar a nossa intervenção”	4
	Qualidade dos Cuidados Prestados	E3: “prestar cuidados fundamentados e informados, possibilitando o melhor acompanhamento” E6: “melhor prática baseada na evidência” E10: “melhorar a qualidade dos cuidados prestados à cliente” E11: “diferença nos cuidados prestados pela equipa de enfermagem a estas cliente” E12: “diferença que as nossas intervenções têm na vida destas clientes”	5

Apêndice II – Análise da sondagem diagnóstica de necessidades da equipa de enfermagem

Quais as intervenções de enfermagem que realiza à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama? Assinale com uma cruz (X)



Legenda: Orientação da mulher/família na marcação do procedimento; Fornecimento de informação sobre o procedimento; Disponibilização de folheto explicativo sobre o procedimento; *Briefing* prévio, com a equipa presente durante o procedimento (médico e técnico de radiologia), sobre as especificidades do procedimento a realizar e sobre as necessidades da mulher/família; Preparação da sala e do material necessário para o procedimento; Prestação de cuidados durante o procedimento; Suporte psico-emocional à mulher/família; Realização do penso compressivo local; Ensinos à mulher/família sobre os cuidados pós procedimento; Disponibilização de contacto telefónico do serviço; Orientação da mulher/família na marcação de consulta com o médico de referência; *Follow up* pós procedimento; Receção dos resultados anatomopatológicos.

Relativamente às intervenções de enfermagem, no acompanhamento à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, quais as suas maiores dificuldades?

Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise	Frequência
Deficit de Conhecimentos	Suporte psico-emocional	E1: "Gerir entre o apoio emocional e as informações a transmitir" E3: "área nova para mim...gerir e apoiar emocionalmente a cliente... mais que as competências técnicas, tenho dificuldade ainda em dar à cliente o suporte psicológico" E7: "suporte psicoemocional à cliente durante o procedimento" E11: "o apoio psico-emocional da cliente" E12: "apoio emocional"	7
	Educação	E1: "Gerir ... as informações a transmitir" E12: "Ensinos à cliente sobre o pós procedimento"	2

	Realização da técnica	E5: "gerir o próprio ato em si" E10: "colaboração na realização e no acompanhamento das clientes submetidas a biopsias, principalmente por estereotaxia."	2
Gestão do Tempo		E2: "gestão do tempo entre o procedimento (Realização) e o após para efetuar suporte emocional e respetivos ensinios E4: "gestão do tempo" E6: "fluxo de trabalho e registos no computador" E7: "tempo disponível é limitado" E8: "falta ou necessidade de um momento próprio para esclarecimento de dúvidas" E9: "ter tempo para perceber o processo clínico da cliente e disponibilidade para explicar os procedimentos realizados e discutir perspetivas do caminho a seguir. Ter tempo para dar apoio no diagnóstico de cancro de mama"	6

Sugestões:

E2: "consulta de enfermagem antes e após"

E4: "deveria de haver consulta de enfermagem antes e após o procedimento"

E8: "necessidade de uma consulta de enfermagem específica para a situação e encaminhamento"

E11: "importante a construção de uma consulta de enfermagem de acompanhamento"

E12: "consulta de enfermagem para transmissão de informação"

APÊNDICE III

A mulher submetida a procedimentos invasivos da mama: intervenção de enfermagem especializada - *Revisão Scoping*

A MULHER SUBMETIDA A PROCEDIMENTOS INVASIVOS DA MAMA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA - **REVISÃO SCOPING**

Women Submitted to Invasive Breast Procedures: Specialized Nursing Intervention – Scoping Review

Ana Filipa Inácio da Fonseca Fernandes¹

Patrícia Vinheiras Alves²

RESUMO

Introdução: No processo de diagnóstico a mulher é submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, experienciando stress, medo, ansiedade e incerteza, sendo a intervenção da enfermagem essencial para o sucesso da abordagem à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama.

Objetivo: Analisar a literatura existente, mapeando a evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, com suspeita ou diagnóstico de cancro de mama.

Método de revisão: Metodologia *Joanna Briggs Institute* (JBI). A presente pesquisa realizou-se entre Janeiro de 2022 e Setembro de 2022, na plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, *Google* académico, recursos bibliográficos da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e Repositório de Teses e Dissertações da Universidade de Lisboa.

Apresentação e discussão dos resultados: Foram analisados sete documentos. Todos se direcionam para o procedimento invasivo da biópsia. Emergem três momentos de intervenção de enfermagem: pré procedimento; durante; pós procedimento. Nos três momentos é identificada como intervenção a educação/fornecimento de informação e o apoio psicológico e emocional. No período pré procedimento é ainda referida a avaliação do distress e a coordenação de cuidados. Durante o procedimento identifica-se como intervenção a avaliação inicial, garantindo que a pessoa cumpre os requisitos para a sua realização e a prestação de cuidados diretos na sua realização. No período pós procedimento a intervenção inclui também a realização de um telefonema de *follow up* e a promoção da literacia em saúde, no âmbito dos rastreios.

Conclusão: Em imagiologia de intervenção, a intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, centra-se na avaliação do *distress*, no fornecimento de apoio psicoemocional e educacional, na coordenação dos cuidados, na prestação de cuidados durante o procedimento, e na promoção da literacia em saúde, no âmbito dos rastreios, durante a fase diagnóstica. Esta é uma área pouco investigada, requerendo um investimento neste âmbito.

Palavras-chave: mulher, rastreio, procedimentos invasivos, cancro de mama, intervenção de enfermagem.

ABSTRACT

Background: In the diagnostic process, the woman is submitted to invasive breast procedures, using interventional imaging, experiencing stress, fear, anxiety and uncertainty, with nursing intervention being essential for the successful approach to women with suspected or diagnosed breast cancer.

¹ Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem Oncológica

² Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica, Área de Intervenção Oncológica e Doutorada em Enfermagem.

Objective: *To analyze the existing literature, mapping the available evidence on nursing intervention for women undergoing invasive procedures, in interventional imaging, with suspected or diagnosed breast cancer.*

Research Strategy: *Joanna Briggs Institute (JBI) Methodology. This research was carried out between January 2022 and September 2022, on the EBSCOhost platform, in the CINAHL and MEDLINE databases, Google Scholar, bibliographic resources from the library of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa and the Theses and Dissertations Repository of the University of Lisbon.*

Data extraction and presentation: *Seven documents were analyzed. All documents directed towards the invasive biopsy procedure. Three moments of nursing intervention emerge: pre-procedure; during; post procedure. In all three moments, education/information provision and psychological and emotional support are identified as interventions. In the pre-procedure period, distress assessment and care coordination are also mentioned. During the procedure, the initial assessment is identified as an intervention, ensuring that the person meets the requirements to undergo procedure and the provision of direct care during its completion. In the post-procedure period, the intervention also includes a follow-up phone call and the promotion of health literacy, within the scope of screenings.*

Conclusion: *In interventional imaging, nursing intervention for women undergoing invasive breast procedures focuses on assessing distress, providing psycho-emotional and educational support, coordinating care, providing care during the procedure, and promoting of health literacy, within the scope of screening, during the diagnostic phase. This is an under-researched area, requiring investment in this area.*

Key words: *woman, screening, invasive procedures, breast cancer, nursing intervention.*

BACKGROUND

Em 2020, o cancro de mama, foi a patologia oncológica mais diagnosticada em todo o mundo, e nas mulheres, foi responsável por um em cada quatro casos de cancro e um em cada seis mortes por cancro, ocupando o primeiro lugar em termos de incidência (em 159 países) e mortalidade (em 110 países) em todo o mundo (*International Agency For Research on Cancer*, 2020).

Em Portugal, anualmente, estima-se que sejam diagnosticados mais de 7.000 novos casos, e que cerca de 1.800 mulheres morram da doença, prevendo-se que até 2040, iremos assistir a um aumento da incidência na ordem dos 5,3%, e de 19,6% na taxa de mortalidade, nas mulheres com mais de 40 anos (*European Cancer Information System*, 2023).

Apesar destas previsões, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2021), a taxa de mortalidade encontra-se abaixo da média europeia, resultante da ampliação da cobertura geográfica dos Programas de Rastreio para Cancro de Mama, da qualidade dos mesmos por mamografia e do aumento da sobrevivência da população (Martins *et al.*, 2020). Ainda, a prevalência do cancro de mama tem seguido a evolução crescente da incidência devido à melhoria e eficácia dos resultados terapêuticos (Martins *et al.*, 2020).

Em Portugal, os Programas de Rastreio Oncológico de Base Populacional são um dos pilares da estratégia de luta contra o cancro, nos quais se inclui o cancro da mama, encontrando-se definido como meta até 2030, alcançar uma proporção de cobertura geográfica de 100%, uma cobertura populacional superior a 95%; e uma adesão superior a 65% (DGS, 2022).

Relativamente às recomendações da União Europeia, todas as mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 74 anos devem realizar mamografia, e esta deve ser realizada a cada dois a três anos, dependendo do grupo etário, diminuindo o risco de sobre diagnóstico (*European breast cancer guidelines*, 2023a).

No caso de mulheres com maior densidade mamária, as orientações europeias aconselham a realização de tomossíntese mamária digital, uma técnica de imagem 3D, melhorando assim a deteção de lesões mamárias (*European breast cancer guidelines*, 2023b).

Para as mulheres que apresentam um risco de cancro de mama superior à média, nas quais se incluem as mulheres com história familiar de cancro de mama e portadoras comprovadas de mutação BRCA 1 e 2, a *European Society for Medical Oncology* (Cardoso *et al.*, 2019) recomenda ressonância magnética e mamografia anuais (no mesmo ano ou em anos alternados).

Perante uma suspeita de cancro, pela presença de sintomatologia e/ou rastreio mamário suspeito ou positivo, a demora na procura dos cuidados de saúde, pode ser atribuída à perceção da pessoa quanto à significância e gravidade do sintoma, às crenças pessoais sobre o cancro e tratamentos associados, e aos recursos financeiros (Vogel, 2011).

Mediante os achados imagiológicos e a abordagem terapêutica, os procedimentos invasivos em imagiologia de intervenção, contemplam a biópsia mamária guiada por imagem, a galactografia, a marcação da lesão com clip, carbono ou semente radioativa, e a marcação pré-operatória com arpão.

Em Portugal, todas estas técnicas, à exceção da galactografia, são realizadas com recurso a anestesia local, e apresentam riscos e complicações imediatas e tardias, tais como reação vasovagal, hemorragia, reação ao contraste, pneumotórax, rotura de implantes, dor local, hematoma, pseudoaneurisma e infeção. Embora estas sejam raras, e na esmagadora maioria dos casos, facilmente controladas e sem risco de vida associado,

podem comprometer a abordagem terapêutica (Berg & Hooley, 2019; Berg & Mayo, 2019; Butler & Berg, 2019; Cohen & Berg, 2019; Cohen & Santiago, 2019; Hooley, 2019; Ojeda-Fournier & Berg, 2019).

A fase pré diagnóstica é a mais difícil para a pessoa, sentindo-se vulnerável, rodeada de incerteza e medo, ansiosa e preocupada com a gravidade da doença, sendo os sentimentos vividos no impacto inicial, uma marca que a acompanha para a vida (Pereira, 2008). Para esta revisão, iremos considerar que o diagnóstico, tem início quando a pessoa procura ajuda de um profissional de saúde, podendo este período prolongar-se durante algumas semanas até à confirmação diagnóstica (Vogel, 2011).

Kreitler (2019) considera que, neste momento, a pessoa compreende que todas as suas dúvidas, medos e pensamentos podem ser reais, sendo considerada a possibilidade de um cancro.

Ao longo dos últimos 20 anos diversas organizações na Europa têm procurado melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados dos doentes, incentivando a implementação de unidades especializadas no cancro de mama (Biganzoli *et al.*, 2020).

A *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA) foi a primeira a estabelecer os padrões de qualidade destas unidades, e em 2020 publicou a atualização dos seus requisitos mencionando que a nível europeu existe um défice de enfermeiros dedicados a esta área de intervenção, na orientação dos doentes no complexo caminho dos cuidados, sendo essencial o seu desenvolvimento, baseando a sua recomendação em estudos que demonstram que os enfermeiros especialistas nesta área, melhoram os resultados dos doentes (Biganzoli *et al.*, 2020).

Ao longo do documento verifica-se igualmente um maior investimento nos rastreios e na deteção precoce, recomendando que as avaliações diagnósticas dos achados imagiológicos suspeitos sejam realizadas nas Unidades de Mama. Embora ao nível da equipa imagiológica sejam apenas contemplados como elementos o imagiologista e os técnicos de radiologia, não é claro que estes últimos sejam os únicos responsáveis por colaborar diretamente nos procedimentos realizados em imagiologia de intervenção (Biganzoli *et al.*, 2020).

Por outro lado, a *European Society of Breast Imaging* nas suas recomendações menciona que durante a realização de intervenções guiadas por ecografia, o médico imagiologista

deve encontrar-se acompanhado pela enfermeira ou técnico de radiologia (Evans *et al.*, 2018).

Embora, na maioria das Unidades de mama e hospitais com departamento de imagiologia mamária, o contato destas mulheres com a equipa de enfermagem ocorra após o diagnóstico de cancro, internacionalmente, começa-se hoje a evidenciar o valor da enfermagem na área de intervenção oncológica, na prevenção e na deteção precoce do cancro, pelo nível de educação, de confiança e pela relação que estabelecem com a pessoa, família e comunidade (*European Oncology Nursing Society*, 2021), e na preparação física e psicológica da pessoa submetida a procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, na fase diagnóstica e ao longo da trajetória de doença.

É assim importante, conhecer a intervenção de enfermagem nos procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama. Da pesquisa efetuada, não se teve acesso a nenhuma revisão sobre o tema, pelo que se realizou a presente *scoping*, com o objetivo de mapear a evidência disponível, procurando responder à seguinte questão de pesquisa: "Qual a intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama em imagiologia de intervenção?"

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia adotada foi planeada de acordo com o método determinado pela JBI, *Manual for Evidence Synthesis* (Peters *et al.*, 2020), que a operacionaliza em três etapas de acordo com a questão de pesquisa.

A formulação da questão de pesquisa teve por base a mnemónica PCC, População, Conceito e Contexto, respetivamente, no qual se definiu como População mulheres adultas com patologia mamária benigna e/ou maligna, como Conceito a intervenção de enfermagem no período pré, durante e/ou pós procedimentos invasivos da mama e como Contexto os procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção (Quadro 1 – Critérios de Elegibilidade).

	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	Mulheres adultas com patologia mamária benigna e/ou maligna.	Mulheres com idade < 18 anos.

	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
CONCEITO	Intervenção de enfermagem no período pré, durante e/ou pós procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção.	Literatura onde não se identifique a intervenção de enfermagem nos períodos descritos.
CONTEXTO	Procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção.	Literatura onde se identifique a intervenção de enfermagem nos procedimentos invasivos da mama fora do contexto de imagiologia de intervenção.
TIPO DE TEXTO	Todo o tipo de literatura existente: Estudos qualitativos, quantitativos, misto, primários e secundários, teses e dissertações, livros, artigos de opinião e orientações de peritos.	
DATA DA PUBLICAÇÃO	Entre Janeiro de 2002 e Setembro de 2022.	Documentos fora da data definida nos critérios de inclusão.
IDIOMA DA PUBLICAÇÃO	Português, Inglês e Espanhol	Documentos noutras línguas.
DISPONIBILIDADE DO TEXTO	Documentos a que se teve acesso.	Documentos sem disponibilidade de texto após solicitação dos mesmos aos autores e à biblioteca da ESEL.

Quadro 1 – Critério de Elegibilidade

Numa primeira etapa, analisámos e identificámos os descritores utilizados nos títulos e resumos de publicações sobre o tema, assim como os termos indexados utilizados. Posteriormente recorreremos às bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, para encontrar e separar os termos de linguagem natural para a população, conceito e contexto para cada uma das bases de dados. Desta forma, em ambas as bases de dados, assumimos para População os termos “*Breast Diseases*” e “*Breast Neoplasms*”, para o Conceito os termos “*Nursing Interventions*” e “*Nurse Navigator*” e para o Contexto “*Invasive Procedures*”.

Na segunda etapa, determinámos as palavras-chave e termos indexados a utilizar em cada uma das bases de dados, conforme consta no Quadro 2.

	Linguagem Natural	Termos indexados CINAHL	Termos indexados MEDLINE
População	<i>Breast Diseases, Breast Cancer</i>	<i>Breast; Carcinoma, Ductal, Breast; Hormone Receptor Positive Breast Neoplasms; Fibrocystic Disease of Breast; Breast Neoplasms.</i>	<i>Breast; Breast Neoplasms; Breast Diseases; Breast Cyst; Fibrocystic Breast Disease.</i>
Conceito	<i>Nursing Interventions, Nurse Navigator</i>	<i>Radiological Nursing; Nursing Interventions; Patient Navigation.</i>	<i>Radiologic and Imaging Nursing; Nurse's Role; Patient Navigation.</i>
Contexto	<i>Invasive Procedures</i>	<i>Minimally Invasive Procedures; Biopsy; Biopsy Needle.</i>	<i>Biopsy; Biopsy Needle; Biopsy, Fine-Needle; Biopsy, Large-Core Needle; Image-Guided Biopsy.</i>

Quadro 2 – Linguagem natural e termos indexados *CINAHL* e *MEDLINE*

Na conjugação dos termos indexados, em cada uma das bases dados, foram utilizados operadores booleanos, como se descreve na Quadro 3 e 4 referente ao tutorial de pesquisa efetuada.

Pesquisa	Termos de pesquisa	Opções de pesquisa
S1	(MH "Breast")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S2	(MH "Carcinoma, Ductal, Breast")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S3	(MH "Hormone Receptor Positive Breast Neoplasms")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S4	(MH "Fibrocystic Disease of Breast")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S5	(MH "Breast Neoplasms")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S7	(MH "Radiological Nursing")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S8	(MH "Nursing Interventions")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S9	(MH "Patient Navigation")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S10	S7 OR S8 OR S9	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S11	(MH "Minimally Invasive Procedures")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S12	(MH "Biopsy")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S13	(MH "Biopsy, Needle")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S14	S11 OR S12 OR S13	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S15	S6 AND S10 AND S14	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S16	S6 AND S10 AND S14	Limitadores - Data de Publicação: 20020101-20220930 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase

Quadro 3 - Tutorial de Pesquisa efetuada na CINAHL

Pesquisa	Termos de pesquisa	Opções de pesquisa
S1	(MH "Breast")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S2	(MH "Breast Neoplasms")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S3	(MH "Breast Diseases")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S4	(MH "Breast Cyst")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S5	(MH "Fibrocystic Breast Disease")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase

Pesquisa	Termos de pesquisa	Opções de pesquisa
S7	(MH "Radiologic and Imaging Nursing")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S8	(MH "Nurse's Role")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S9	(MH "Patient Navigation")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S10	S7 OR S8 OR S9	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S11	(MH "Biopsy")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S12	(MH "Biopsy, Needle")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S13	(MH "Biopsy, Fine-Needle")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S14	(MH "Biopsy, Large-Core Needle")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S15	(MH "Image-Guided Biopsy")	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S16	11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S17	S6 AND S10 AND S16	Modos de Pesquisa- Boleano/Frase
S18	S6 AND S10 AND S16	Limitadores - Data de Publicação: 20020101-20220930 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase

Quadro 4 - Tutorial de Pesquisa efetuada na *MEDLINE*

De seguida efetuámos uma pesquisa no *Google Académico*, com as palavras-chave "*breast*", "*radiology nursing*", "*interventions*", no mesmo período temporal.

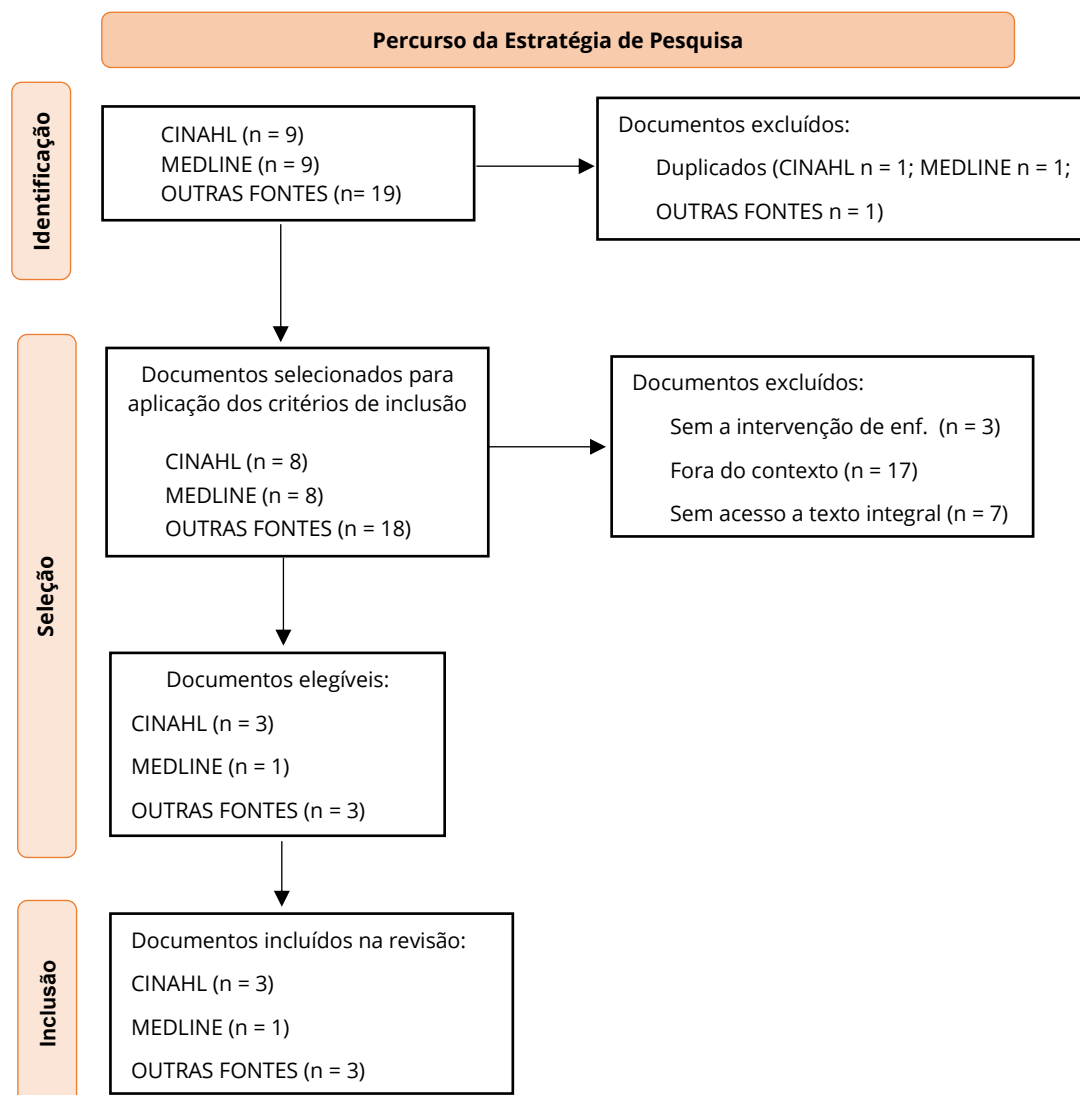
Foram igualmente utilizados os recursos bibliográficos da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no mesmo período temporal, incluindo-se dois dos livros nesta revisão. Da pesquisa efetuada no Repositório de Teses e Dissertações da Universidade de Lisboa, não foi encontrado nenhum documento relativo ao tema desta revisão.

Após a pesquisa anteriormente descrita, obtivemos um total de trinta e sete documentos. Todos os documentos encontravam-se em língua inglesa e direcionados aos participantes elegíveis. De seguida foram eliminados os resultados repetidos, obtendo um total de trinta e quatro documentos.

Numa terceira etapa, após a leitura dos títulos e resumos dos documentos procedeu-se à exclusão daqueles que não satisfaziam os critérios de inclusão, obtendo-se um total de vinte e três documentos. Deste universo de vinte e três documentos, sete artigos apenas tinham disponível o título e resumo, pelo que tentamos obter o texto integral através do centro de documentação da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e

solicitando a sua disponibilização junto dos autores, sem sucesso, ficando com um total de dezasseis documentos.

Seguidamente foi realizada a leitura integral dos dezasseis documentos, tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão, chegando-se a um resultado de sete documentos seleccionados, para responder à questão de pesquisa inicialmente formulada (ver Fluxograma 1 - Percurso da Estratégia de Pesquisa). A presente estratégia de pesquisa e posterior análise dos documentos foi conduzida por dois revisores.



Fluxograma 1 – Percurso da Estratégia de Pesquisa³

³ Fonte: Adaptado de Page, *et al.* (2020)

EXTRAÇÃO DOS DADOS

Para a extração dos dados foi adaptado o modelo disponibilizado pelo JBI no *Manual for Evidence Synthesis* (Peters *et al.*, 2020), por forma a sumariar os resultados de uma forma lógica e organizada, de acordo com o objetivo/questão em estudo. Assim, foi construída uma tabela (Quadro 5) que engloba os seguintes itens: Título do documento, autor(es) e ano de publicação, país de origem, objetivo(s), população, tipo de texto ou metodologia utilizada, e principais achados relacionados com a questão de pesquisa: período em que ocorre a intervenção (pré, durante e/ou pós) e intervenção de enfermagem identificada.

Quadro 5 – Tabela de Extração de Dados

TÍTULO DO DOCUMENTO/ AUTOR(ES) / ANO /	PAÍS DE ORIGEM	OBEJTIVO(S)	POPULAÇÃO	TIPO DE TEXTO/METODOLOGIA	PERIODO DA INTERVENÇÃO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Sorting Out Breast Biopsy Options.</i> Carroll, C. (2006)	Estados Unidos da América	Explicar os prós e contras dos procedimentos invasivos da mama de diagnóstico, para que os enfermeiros possam responder às necessidades de informação dos pacientes.	Mulheres submetidas a biópsia	Artigo publicado na Revista <i>Nursing</i> de apoio à prática	Pré e pós procedimento invasivo (biópsia)	Pré procedimento: ✓ Suporte psicoemocional, incentivando a que fale sobre os seus sentimentos e faça perguntas; ✓ Educação: - Estratégias de gestão da ansiedade (técnicas de relaxamento), - Informação sobre o procedimento: descrição, preparação física (higiene, medicação permitida e que deve suspender, controlo da dor) e clarificação de expectativas; Pós procedimento: ✓ Educação sobre os cuidados pós procedimento (cuidados com o local do procedimento, medicação permitida, uso de soutien, exercício físico e sinais de alerta); ✓ Educação para saúde: - Manter vigilância em caso de benignidade, realizando os rastreios necessários.

<i>Stereotactic Breast Biopsy: The Nurse's Role.</i> Boyd, B. & Fine, R. (2007)	Estados Unidos da América	Descrever o papel do enfermeiro na educação pré e pós procedimento, contribuindo para o sucesso da biópsia assistida por vácuo (BAV), guiada por estereotaxia	Mulheres submetidas a BAV	Artigo publicado pela <i>Journal of Radiology Nursing</i>, de aprofundamento teórico.	Pré, durante e pós procedimento invasivo	Pré procedimento: ✓ Educação como estratégia na diminuição do medo e ansiedade: - Disponibilizar, no dia do procedimento, os exames que justificam a sua realização, - Uso de roupa confortável, - Ingestão de refeição ligeira, - Retorno para o domicílio, - Cuidados pós procedimento; Durante o procedimento: ✓ Proporcionar apoio durante o procedimento, ✓ Realização do penso compressivo e aplicação de ligadura; Pós procedimento: ✓ Educação para os cuidados pós procedimento, na forma verbal e escrita.
<i>Incidence of Distress and Associated Factors in Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation.</i> Harding, M. (2014)	Estados Unidos da América	Identificar a incidência de <i>distress</i> e os fatores associados ao mesmo em mulheres submetidas a avaliação	Mulheres não grávidas, maiores de 18 anos, recrutadas durante um período de 5 meses,	Artigo de investigação, descritivo correlacional, com aplicação de um questionário para a coleta dos dados demográficos, de	Durante o período diagnóstico	✓ Avaliação e gestão da angústia, através do uso de escalas; ✓ Fornecimento de informação; ✓ Facilitar a comunicação com a equipa de cuidados; ✓ Fornecimento de apoio psicossocial.

		diagnóstica de mama.	independentemente do tipo de procedimento (microbiopsia ou biópsia excisional), da anestesia aplicada e do diagnóstico final.	dois instrumentos para avaliação do distress, de um questionário de satisfação do paciente, de um instrumento de medição do <i>coping</i> , de um instrumento de avaliação da percepção do apoio social e para os atributos da personalidade.		
<i>Effect of Nurse Navigator on Patient Care Satisfaction and Distress Associated With Breast Biopsy.</i> Harding, M. (2015)	Estados Unidos da América	Avaliar o efeito do <i>nurse navigator</i> na satisfação dos cuidados e no <i>distress</i> em mulheres submetidas à biópsia mamária.	Mulheres não Grávidas, maiores de 18 anos e agendadas para microbiopsia, recrutadas de dois serviços de radiologia, com e sem programa	Artigo de investigação, descritivo transversal, com aplicação de um questionário para a coleta dos dados demográficos, de duas escalas para avaliação de	Durante o período diagnóstico	✓ Avaliação e gestão da angústia; ✓ Proporcionar apoio emocional; ✓ Proporcionar apoio educacional: - Preparação para o procedimento, - Tipo de informação que irão obter, - Cuidados pós procedimento, - Disponibilização dos resultados; ✓ Telefonema de follow up; ✓ Coordenação de cuidados;

Apêndice III – A mulher submetida a procedimentos invasivos da mama: intervenção de enfermagem especializada - *Revisão Scoping*

			de <i>patient navigator</i> .	<i>distress</i> e de um questionário de satisfação do paciente.		- Facilitar a comunicação com os restantes prestadores de cuidados; - Facilitar o acesso aos cuidados, diminuindo as barreiras institucionais.
<i>Attitudes of Preprocedural Patient Anxiety: A 2019 Cross-Sectional Study of Radiology Nurses.</i> Musa, A. et al., (2020)	Estados Unidos da América	Compreender percepção dos enfermeiros de radiologia em relação à ansiedade pré-procedimento e as estratégias utilizadas na sua avaliação e tratamento.	Enfermeiras no ativo, membros antigos e estudantes da <i>Association for Radiologic and Imaging Nursing</i>	Artigo de investigação, transversal, com aplicação de um questionário adaptado de um anterior estudo transversal, em radiologia de intervenção.	Pré procedimento invasivo.	✓ Avaliação verbal da ansiedade; ✓ Fornecimento de suporte educacional; ✓ Comunicação empática; ✓ Aplicação de técnicas alternativas (toma de medicação ansiolítica, presença da pessoa significativa, apresentação do espaço físico, uso de multimédia – música, áudios de relaxamento, entre outros).
<i>Diagnosis Evaluation, Classification, and Staging (Capítulo 8).</i> Vogel (2011)	Estados Unidos da América	O capítulo focasse na abordagem diagnóstica e na definição das ferramentas mais comumente utilizadas para fazer um diagnóstico	Adultos submetidos estudos imagiológicos do tumor, procedimentos invasivos de diagnóstico, análises	Capítulo de livro	Durante o processo diagnóstico.	✓ Avaliação e gestão do <i>distress</i>; ✓ Proporcionar apoio, avaliando o que a pessoa/família pretende saber, a capacidade de compreensão, os mecanismos de <i>coping</i> e recursos de suporte; ✓ Educação (informação verbal e escrita): - Preparação para o procedimento - Descrição do que podem sentir (dor, desconforto, entre outros),

		oncológico, discutindo igualmente o papel do enfermeiro oncológico em todo o processo.	laboratoriais e testes genéticos			- Objetivo do procedimento e a informação que se irá obter, - Disponibilidade dos resultados; ✓ Calendarização atempada dos exames; ✓ Prestação de cuidados durante e pós procedimentos, identificando as complicações associadas e intervindo na sua redução.
<i>Pré- and Pós- Procedure Nursing (Capítulo 6).</i> Tuck, P., & Krenzischek, D. (2020)	Estados Unidos da América	Descrever as intervenções de enfermagem no período pré, durante e pós procedimentos invasivos em radiologia de intervenção.	Adultos submetidos a procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento, em radiologia de intervenção	Capítulo de livro	Pré, durante e pós procedimento invasivo.	Pré procedimento: ✓ Gestão dos mecanismos de <i>coping</i> da pessoa e dos fatores de <i>distress</i>; ✓ Educação baseada nas necessidades Durante o procedimento: ✓ Validação da informação existente, ✓ Obter informações novas ou adicionais, ✓ Reforçar o ensino pré procedimento, ✓ Rever as instruções para o período de alta, ✓ Prestação de cuidados de enfermagem; Pós procedimento: ✓ Avaliação de complicações pós procedimento (dor e desconforto, hemorragia, ou outras complicações); ✓ Avaliação do estado emocional e psicológico, proporcionando apoio;

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | <ul style="list-style-type: none">✓ Educação sobre os cuidados a ter, expectativas e plano de alta, fornecendo instruções verbais e escritas, sobre o que fazer em caso de dúvida ou emergência, fornecendo um contacto direto e instruções sobre a consulta de <i>follow up</i>. Incluir a família ou pessoa significativa neste processo;✓ Assegurar o transporte seguro para casa. |
|--|--|--|--|--|--|--|

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A totalidade dos documentos elegíveis nesta revisão foram conduzidos nos Estados Unidos da América, não tendo sido encontrada nenhuma publicação europeia ou portuguesa.

Quanto aos seus objetivos, cinco dos documentos direcionavam-se para o procedimento invasivo de biópsia mamária guiada por imagem (Boyd & Fine, 2007; Carroll, 2006; Harding, 2014; Harding, 2015; Musa *et al.*, 2019; um dos documentos para as ferramentas utilizadas durante o processo diagnóstico, nas quais se inclui a biópsia mamária (Vogel, 2011); e um dos documentos para os procedimentos em radiologia de intervenção, de diagnóstico e tratamento, nos quais se incluem as biópsias mamárias guiadas por imagem (Tuck & Krenzischek, 2020). Não foram encontrados documentos nos quais fossem abordados outros procedimentos invasivos, em contexto de imagiologia de intervenção mamária e que contemplassem a intervenção da enfermagem.

Transversal a todos os documentos encontra-se a validação da experiência de ansiedade e *distress*, durante a fase diagnóstica.

Quanto à população, dois documentos definiram as mulheres (Boyd & Fine, 2007; Carroll, 2006); dois definiram as mulheres não grávidas, com mais de 18 anos (Harding, 2014; Harding, 2015); um definiu como população as enfermeiras em contexto de radiologia (Musa *et al.*, 2020); e dois a população adulta (Tuck & Krenzischek, 2020; Vogel, 2011).

Quanto ao tipo de publicação e metodologia, um dos artigos é de apoio à prática (Carroll, 2006), um dos artigos é de aprofundamento teórico (Boyd & Fine, 2007), um dos artigos utilizou um estudo descritivo correlacional (Harding, 2014), um dos artigos utilizou um estudo descritivo transversal (Harding, 2015), um dos artigos é estudo transversal, com recurso a um questionário adaptado de um anterior estudo transversal em radiologia de intervenção (Musa *et al.*, 2020); e dois documentos são capítulos de livros.

Em dois dos artigos de investigação foram utilizados instrumentos de avaliação do *distress*, o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) [Harding, 2014; Harding, 2015] e da satisfação do doente *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ-18) [Harding, 2014; Harding, 2015]. Num desses artigos foi ainda utilizado um instrumento de medição do *coping*, o *Brief Coping Inventory* (Brief COPE) [Harding, 2014], um instrumento de avaliação da perceção do apoio social, o *Multidimensional Scale of*

Perceived Social Support (MSPSS) [Harding, 2014], e dois instrumentos para os atributos da personalidade, o *Resilience Scale* (RS-14) e *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) [Harding, 2014].

Relativamente ao período da intervenção de enfermagem, um documento definia a intervenção no período pré procedimento (Musa *et al.*, 2020); um documento no período pré e pós procedimento (Carroll, 2006); dois documentos no período pré, durante e pós procedimento (Boyd & Fine, 2007; Tuck & Krenzischek, 2020); e três documentos identificam a intervenção durante o período diagnóstico (Harding, 2014; Harding, 2015; Vogel, 2011).

Assim, para efeitos de discussão dos resultados, a intervenção de enfermagem identificada foi organizada e será seguidamente descrita de acordo com estes três momentos.

DISCUSSÃO

A pesquisa realizada sobre o tema possibilitou compreender que a intervenção dos enfermeiros no departamento de radiologia, se baseia em sólida evidência do seu benefício na qualidade e segurança dos cuidados, principalmente a nível internacional. Quanto à intervenção dos enfermeiros no contexto definido para esta revisão, encontrou-se escassez de evidência.

Assistimos hoje aos avanços da tecnologia e da medicina no rastreio, no diagnóstico e tratamento do cancro de mama. No entanto, embora as técnicas imagiológicas tenham evoluído bastante, a preparação psicológica, além da preparação física para estes procedimentos continua sem ser estudada (Tuck & Krenzischek, 2020).

Dos documentos consultados, a intervenção de enfermagem no período pré e pós biópsia é reconhecida e concordante entre os autores, mesmo nos documentos em que os autores definiram a intervenção durante a fase a diagnóstica. Durante o procedimento, a intervenção de enfermagem encontra-se ainda pouco explorada e definida, neste contexto.

A evidência demonstra que a presença de uma alteração mamária invoca um medo imediato de um diagnóstico de cancro (Boyd & Fine, 2007; Carroll, 2006; Harding, 2014; Harding, 2015; Vogel, 2011).

A incerteza associada a este potencial diagnóstico resulta em *distress*, que se manifesta pela presença de sintomas de ansiedade e depressão, interferindo com a capacidade de procurar os cuidados de saúde necessários (Harding, 2014; Harding, 2015), e se diagnosticada com cancro, pode aumentar o desconforto pós-operatório, a capacidade de tomada de decisão e diminuir o sistema imunitário (Harding, 2014).

Os níveis de *distress* variam em função da personalidade da mulher e da sua avaliação sobre os recursos internos e externos disponíveis, para se adaptar a uma vida com cancro (Harding, 2014).

Intervenção de Enfermagem Pré Procedimento:

Durante a avaliação diagnóstica de um achado suspeito, os enfermeiros oncológicos têm um papel essencial no fornecimento de informação e apoio, contribuindo para a redução do stress associado (Vogel, 2011).

No fornecimento do apoio mencionado por Vogel (2011), inclui-se uma avaliação precisa do que a pessoa/família deseja saber, da capacidade de compreensão, dos mecanismos de *coping* e dos recursos de suporte disponíveis.

Tendo sido validada a presença de angústia no período diagnóstico (Harding, 2014), a intervenção de enfermagem deve contemplar primariamente e antes do apoio educacional, uma avaliação psicológica do *distress* (Vogel, 2011).

Após esta avaliação, devem ser identificadas as necessidades da mulher e aplicadas intervenções mediadoras dos níveis de angústia, como a combinação de informação e apoio psicossocial, focado em como mediar a angústia associada à experiência de biópsia (Harding, 2014).

Harding (2014) defende que os programas de apoio implementados neste contexto, devem seguir as orientações do *National Comprehensive Cancer Network* para a gestão do *distress*, sendo as intervenções similares às aplicadas nas pessoas com um diagnóstico recente de cancro.

Se se identificar a presença ou o risco de ansiedade e depressão, a mulher necessitará de uma avaliação mais pormenorizada e de um acompanhamento pós procedimento, que poderá contemplar um contacto telefónico, uma consulta adicional ou a referência para um aconselhamento mais formal (Harding, 2014).

Embora na prática clínica a experiência de angústia na fase diagnóstica, não seja amplamente reconhecida, abordada e tratada pela equipa de cuidados, os enfermeiros possuem os conhecimentos, as competências e o julgamento clínico para o fornecimento destas intervenções (Harding, 2014; Harding, 2015).

Embora Harding (2014) defenda que a avaliação do *distress* deve ser realizada com a utilização de escalas, e que as duas escalas aplicadas pelo autor (HADS e STAI) se adaptassem bem ao contexto, o Termómetro de *Distress*, amplamente utilizado nos cuidados oncológicos, não foi testado para esta população.

Igualmente, Musa *et al.* (2020) refere que os enfermeiros de radiologia, consideram a ansiedade experienciada pela pessoa no momento pré procedimento um aspeto importante, que pode interferir com a qualidade do cuidado. Por esta razão, a maioria dos enfermeiros utilizam a avaliação verbal da mesma, antes do planeamento de qualquer intervenção, considerando-se os principais responsáveis pela sua gestão, seguidos dos radiologistas, doentes, familiares, prestadores de cuidados primários e prestadores de cuidados de saúde mental. Na sua redução utilizam preferencialmente a educação e comunicação empática.

Outras estratégias na redução da ansiedade foram igualmente descritas como utilizadas pelos enfermeiros, como o aconselhamento de medicação ansiolítica, a presença de um membro da família, a apresentação do espaço físico onde irá decorrer o procedimento, a referenciação para apoio psicológico e o uso de multimédia, como áudios de relaxamento, música relaxante e escolha personalizada de música (Carroll, 2006; Musa *et al.*, 2020).

Após a avaliação e gestão do *distress*, a literatura defende que pode ser fornecida informação/educação de acordo com os antecedentes culturais e as crenças sobre a saúde da pessoa e sua família, e que os materiais utilizados devem ser adequados em termos de linguagem e literacia, na forma verbal e escrita (Vogel, 2011).

Tuck & Krenzischek (2020) referem que na preparação para um procedimento invasivo, o uso de uma abordagem individualizada na gestão dos mecanismos de *coping* e das fontes de *distress* contribuem para redução da ansiedade e *distress*, principalmente através do fornecimento de educação baseada nas suas necessidades.

Relativamente às necessidades de informação, as mulheres pretendem esclarecimentos sobre a preparação para o procedimento, a descrição do que podem sentir (dor ou desconforto) durante o mesmo, o tipo de informação que irão obter, os cuidados pós procedimento e quando os resultados estarão disponíveis (Harding, 2015; Vogel, 2011).

Quando adequadamente informada, a mulher lida melhor com a possibilidade de um diagnóstico de cancro, tem maior confiança na equipa prestadora de cuidados, encontra-se mais preparada para participar na tomada de decisão sobre as hipóteses terapêuticas (Harding, 2015), o que resulta numa redução da ansiedade e no aumento da satisfação com os cuidados de saúde (Tuck & Krenzischek, 2020).

Durante o período diagnóstico, os enfermeiros devem igualmente incluir na sua intervenção a família (Vogel, 2011).

No estudo realizado por Harding (2014), a pessoa que apresenta uma perceção positiva quanto à sua rede de suporte experiencia menores níveis de angústia, no entanto esta relação foi mais significativa com os amigos do que com a família, inferindo que as mulheres podem percecionar o apoio proporcionado pelos amigos como voluntário e pela família como uma obrigação. Outra explicação fornecida pelo autor é que estas mulheres podem já ter recorrido aos amigos, com experiências anteriores de biópsia, considerando-os uma fonte credível de informação e apoio.

Igualmente, a perceção do apoio familiar pode ser aplacada pela preocupação sobre o impacto que um diagnóstico de cancro poderá provocar, sentindo que estes não serão capazes de fornecer o nível de suporte necessário (Harding, 2014).

Deste modo, os enfermeiros devem avaliar a capacidade de lidar com um diagnóstico de cancro da rede suporte identificada pela pessoa, visto que podem reforçar as instruções e informações transmitidas, auxiliar na preparação para um exame, observar os efeitos adversos dos procedimentos e fornecer apoio emocional (Vogel, 2011). De igual modo, esta abordagem contribui para que o enfermeiro identifique, a necessidade de referenciação para outros serviços de apoio, como assistente social, psico-oncologia e apoio domiciliário (Vogel, 2011).

Harding (2015), no seu estudo procurou ainda avaliar o efeito do *nurse navigator* na satisfação dos cuidados e no *distress* em mulheres submetidas a biópsia mamária, adicionando às intervenções anteriormente descritas, a coordenação dos cuidados,

facilitando a comunicação com os restantes prestadores (Harding, 2014; Harding, 2015) e o acesso aos mesmos, através da diminuição das barreiras institucionais.

No quadro 6, apresentam-se as intervenções de enfermagem no período pré procedimento, identificadas na literatura.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ PROCEDIMENTO

Avaliação do *distress*, através da utilização de escalas.

Apoio psicoemocional à mulher/família.

Educação baseada nas necessidades da mulher/família.

Coordenação de cuidados, facilitando a comunicação com os restantes prestadores de cuidados e o acesso aos cuidados.

Quadro 6 – Resumo da intervenção de enfermagem no período pré procedimento

Intervenção de Enfermagem Durante o Procedimento:

Como mencionado anteriormente, a intervenção de enfermagem durante os procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, encontra-se ainda pouco estudada e definida.

No entanto, Tuck & Krenzischek (2020) definem que a intervenção de enfermagem durante o procedimento, visa assegurar que a pessoa cumpre todos os requisitos para a realização do mesmo. No momento imediatamente antes da sua realização, através de uma avaliação inicial, o enfermeiro valida a informação existente sobre a pessoa, completando-a com informação nova ou adicional, reforça o ensino pré procedimento e as instruções para o período de alta, e valida a compreensão sobre o consentimento.

Igualmente, o enfermeiro presta cuidados durante a sua realização, sendo descritas por estes autores algumas intervenções que devem ser adaptadas às políticas individuais, razão pela qual foram selecionadas as que se adequavam ao contexto desta revisão e à realidade portuguesa, encontrando-se organizadas no quadro 7.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Apresentar o enfermeiro e a equipa de cuidados que irão interagir com a pessoa e família. Verificar e confirmar a identificação da pessoa, usando dois identificadores.

Assistir o médico na obtenção do consentimento informado, caso não tenha sido realizado previamente. Confirmar a marcação do local a ser intervencionado.

Facilitar a presença de intérprete ou outros meios para ajudar a pessoa na comunicação e na compreensão dos cuidados. Implementar intervenções com base na avaliação clínica da pessoa e proporcionar apoio emocional, psicológico e espiritual.

Fornecer informações adicionais aos restantes prestadores de cuidados, se obtidas.

Registar a última toma de anticoagulantes.

Validar a compreensão da pessoa e família relativamente à preparação para o procedimento, técnica analgésica e cuidados pós procedimento com base nas suas necessidades.

Implementar medidas de segurança relativamente à exposição a radiação.

Preparar o material necessário para o procedimento.

Fornecer informação aos familiares sobre o local de espera e sobre como obter informações sobre a pessoa.

Completar a *check-list* de verificação cirúrgica em ambulatório e informar a pessoa sobre o momento de *time-out* a que irá assistir.

Quadro 7 – Intervenção de enfermagem durante a realização do procedimento

Vogel (2011) menciona que o enfermeiro deve deter conhecimentos sobre as possíveis complicações durante e após o procedimento diagnóstico, incluindo reação a agentes de contraste, hemorragia, resposta vasovagal e a necessidade de analgesia, podendo colaborar na sua realização e proporcionar cuidados após os mesmos.

Boyd & Fine (2007) referem que durante a BAV, os enfermeiros proporcionam suporte, mantendo-se visíveis à pessoa, permitindo que se foque no enfermeiro e não no procedimento, proporcionando conforto.

As intervenções de enfermagem identificada durante o procedimento encontram-se resumidas no quadro 8.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO DURANTE O PROCEDIMENTO

Avaliação inicial, garantindo que a pessoa cumpre os requisitos para a realização do procedimento.

Educação sobre o procedimento e cuidados pós alta.

Prestação de cuidados diretos.

Quadro 8 – Resumo da intervenção de enfermagem durante o procedimento

Intervenção de Enfermagem Pós Procedimento:

De acordo com Tuck & Krenzischek (2020), o enfermeiro é responsável pela preparação necessária da pessoa e família para o retorno ao domicílio, avaliando possíveis complicações pós procedimento, bem como considerar a avaliação do estado emocional e psicológico, proporcionando apoio. Quanto ao suporte educacional, este deve incluir informação sobre os cuidados, expectativas e plano de alta, fornecendo instruções escritas sobre o que fazer em caso de dúvida ou emergência, fornecendo um contacto direto e assegurar o transporte seguro para casa.

Harding (2015) conforme citado por Rush (2012), refere ainda a importância da realização de um telefonema de *follow up*, para avaliação do estado da pessoa no período pós biópsia, sendo que esta intervenção se traduz num aumento da satisfação da pessoa com os cuidados.

Após a realização do procedimento, Carroll (2006) relembra ainda a pertinência do enfermeiro reforçar junto da mulher a necessidade de manter a sua vigilância, através da realização de rastreios, perante um resultado benigno.

No quadro 9, descrevem-se as intervenções de enfermagem identificadas no período pós procedimento.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS PROCEDIMENTO

Avaliação psicoemocional e fornecimento de apoio.

Educação sobre os cuidados pós alta.

Realização de um telefonema de *follow up*.

Promoção da literacia em saúde, no âmbito dos rastreios, em caso de benignidade.

Quadro 9 – Resumo da intervenção de enfermagem pós procedimento

Existindo hoje uma grande preocupação com a questão dos custos/benefícios associados aos cuidados de saúde. Harding (2014) e Harding (2015) referem que, nos centros especializados no tratamento do cancro, é obrigatória a existência de um *Nurse Navigator* disponível a todas as mulheres submetidas a uma avaliação diagnóstica, no entanto pelo menos 50% das biópsias são realizadas fora desse contexto, em que os serviços são

fragmentados ou disponibilizados por pessoal auxiliar, não qualificado para o acompanhamento e apoio destas mulheres no processo diagnóstico.

Assim, os autores sugerem que em hospitais com volume inferior a 100 biópsias por ano, o modelo mais eficaz em termos de custos será ter um *Nurse Navigator* em regime de *part-time* ou a tempo integral, mas que acumule outras responsabilidades para além dos cuidados no momento diagnóstico.

Relativamente à avaliação dos resultados associados à navegação no processo diagnóstico, Harding (2015) sugere três indicadores de qualidade: a satisfação do paciente, o tempo até ao diagnóstico e tratamento, e a taxa de adesão aos exames diagnósticos recomendados.

CONCLUSÃO

No departamento de imagiologia, os avanços da medicina e tecnológicos no rastreio, na deteção precoce e no tratamento do cancro de mama, têm permitido classificar os procedimentos realizados, em imagiologia de intervenção, como minimamente invasivos. Embora de natureza “mínima”, estes procedimentos encontram-se envoltos em ansiedade, medo, stress, incerteza associada ao procedimento, ao possível diagnóstico de um cancro ou até mesmo ao sucesso dos tratamentos, exigindo profissionais mais qualificados para prestar cuidados de qualidade, seguros e que respondam às necessidades físicas e psicológicas individuais destas mulheres e famílias.

O enfermeiro especialista na área de intervenção oncológica, detém os conhecimentos técnicos, científicos e humanos para promover a deteção precoce e o diagnóstico do cancro, através da comunicação, educação e da sua intervenção, aumentando a literacia em saúde. Adicionalmente, através da investigação em enfermagem, contribui para a definição de percursos mais eficazes e céleres para os doentes e suas famílias, identifica as intervenções que contribuem para a sua experiência na fase diagnóstica, promovem a divulgação desse conhecimento junto da equipa e influenciam as políticas de saúde neste contexto.

Deste modo, esta revisão procurou mapear a evidência disponível sobre qual a intervenção de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, e suas famílias concluindo-se que os resultados obtidos

permitem identificar a intervenção dos enfermeiros na avaliação da angústia; no fornecimento de apoio psicoemocional; no fornecimento de apoio educacional; na prestação de cuidados durante o procedimento; na coordenação dos cuidados, facilitando a comunicação com os restantes prestadores de cuidados e o acesso aos mesmo; e na promoção da literacia em saúde, no âmbito dos rastreios.

Da pesquisa efetuada, emerge que a intervenção de enfermagem neste contexto é uma área pouco investigada, requerendo um investimento neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, W., & Hooley, R. (2019). Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Biopsy. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1232–1233). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Berg, W., & Mayo, R. (2019). Fine-Needle Aspiration Biopsy, Breast. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1182–1183). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Biganzoli, L., Cardoso, F., Beishon, M., Cameron, D., Cataliotti, L., Coles, C., Delgado Bolton, R., Trill, M., Erdem, S., Fjell, M., Geiss, R., Goossens, M., Kuhl, C., Marotti, L., Naredi, P., Oberst, S., Palussière, J., Ponti, A., Rosselli Del Turco, M., ... Poortmans, P. (2020). The requirements of a specialist breast centre. *Breast*, 51, 65–84. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003>
- Boyd, B., & Fine, R. (2007). Stereotactic Breast Biopsy: The Nurse's Role. *Journal of Radiology Nursing*, 26(1), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2006.11.001>
- Butler, R., & Berg, W. (2019). Preoperative Lesion Localization, Bracketing. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1192–1193). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice

- Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Carroll, C. (2006). Sorting out breast biopsy options. *Nursing*, 36(3), 70–71. DOI: 10.1097/00152193-200603000-00057
- Cohen, E., & Berg, W. (2019). Stereotactic Biopsy, Prone. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1220–1223). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Cohen, E., & Santiago, L. (2019). Stereotactic Biopsy, Upright. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1224–1227). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional 2019-2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/mais-de-22-mil-utentes-encaminhados-para-tratamento-hospitalar-apos-rastreiospdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro: 2021- 2030*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/07/01/luta-contra-o-cancro/>
- European breast cancer guidelines (2023a, Novembro 9). *Screening ages and frequencies*. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-cancer-guidelines/screening-ages-and-frequencies>
- European breast cancer guidelines (2023b, Novembro 9). *Additional screening tests for dense breast (summary information for women)*. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines/dense-breast/summary>
- European Cancer Information System. (2023, November 9). *Long term incidence and mortality 2025-2040*. [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-4\\$1-All\\$4-2\\$3-29\\$6-40,85\\$5-2022,2040\\$7-7,8\\$21-0\\$CLongtermChart1_1\\$X0_-1-](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-4$1-All$4-2$3-29$6-40,85$5-2022,2040$7-7,8$21-0$CLongtermChart1_1$X0_-1-)

- AE27\$CLongtermChart1_2\$X1_-1-AE27\$CLongtermChart1_3\$X2_-1-
AE27\$CLongtermChart1_4\$X3_14-\$X3_-1-AE27\$CLongtermTable1_6\$X4_-1- AE27
- European Oncology Nursing Society. (2021). *EONS Cancer Prevention Plan 2021-2023*.
https://www.europeancancer.org/index.php?option=com_attachments&task=download&id=528:EONS-Cancer-prevention-plan-May-20-2021
- Evans, A., Trimboli, R., Athanasiou, A., Balleyguier, C., Baltzer, P., Bick, U., Camps Herrero, J., Clauser, P., Colin, C., Cornford, E., Fallenberg, E., Fuchsjaeger, M., Gilbert, F., Helbich, T., Kinkel, K., Heywang-Köbrunner, S., Kuhl, C., Mann, R., Martincich, L., ... Sardanelli, F. (2018). Breast ultrasound: recommendations for information to women and referring physicians by the European Society of Breast Imaging. *Insights into Imaging*, 9(4), 449–461. <https://doi.org/10.1007/s13244-018-0636-z>
- Harding, M. (2014). Incidence of Distress and Associated Factors in Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation. *Western Journal of Nursing Research*, 36(4), 475–494. <https://doi.org/10.1177/0193945913506795>
- Harding, M. (2015). Effect of nurse navigation on patient care satisfaction and distress associated with breast biopsy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), E15–E20. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E15-E20>
- Hooley, R. (2019). Ultrasound-Guided Core Needle Biopsy. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1228–1231). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *Press Release no 292 - Latest global cancer data: Cancer burden rises to 19.3 million new cases and 10.0 million cancer deaths in 2020*. https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2020/12/pr292_E.pdf
- Kreitler, S. (2019). The Phases of the Confrontation with Cancer. In S. Kreitler (Ed.), *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease* (1st ed., p. 25–43). Springer Nature Switzerland AG. <http://doi.org/10.1007/978-3-030-06126-5>

- Martins, M., Pais, H., & Ribeiro, L. (2020). Abordagem diagnóstica da neoplasia da mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Eds.), *Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama* (1st ed., pp. 81–92). edit.on.lab.lda. https://www.sponcologia.pt/download/manual_oncologia_spo.pdf
- Musa, A., Arnold, E. C., Carpenter-Thompson, R., Baron, D., Anavim, A., Al-Hihi, M., Lang, E., Trivedi, P., Grewal, A., Pendi, K., Swantek, J., & Ter-Oganesyan, R. (2020). Attitudes of Preprocedural Patient Anxiety: A 2019 Cross-Sectional Study of Radiology Nurses. *Journal of Radiology Nursing*, 39(3), 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2019.12.011>
- Ojeda-Fournier, H., & Berg, W. (2019). Ductography. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1176–1181). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Formação e Saúde.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., Khalil, H. (2020). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Tuck, P., & Krenzischek, D. (2019). Pre- and Pos-Procedure Nursing Care. In K. Gross (Ed.), *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (1st ed., pp. 59–75). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Vogel, W. (2011). Diagnostic Evaluation, Classification, and Staging. In C. Yarbrow, D. Wujcik, & B. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: principles and practice* (7th ed., pp. 166–197). Jones and Bartlett Publishers.

APÊNDICE IV

Descrição da Unidade de Mama Hospital A

Descrição da Unidade De Mama Hospital A

O Hospital A, onde decorreu o primeiro período de estágio, apresenta a sua atividade clínica organizada em Unidades Multidisciplinares de Patologia, dedicadas ao estudo e tratamento de diversos cancros.

É composto pelo Centro de Diagnóstico, que incorpora o Serviço de Medicina Nuclear e de Imagiologia, e pelo Centro de Tratamento que compreende as Unidades de Consulta, bem como os serviços de Radioterapia e o Hospital de Dia.

A Unidade de Mama, foi a primeira unidade multidisciplinar a ser criada no Hospital A, membro da *Breast Centres Network*, detentora de uma *Breast Centres Certification*, atestando que segue as orientações da *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA), como centro especializado no diagnóstico e tratamento do cancro da mama, e é uma das unidades de excelência a nível europeu e mundial, dispondo de uma consulta de enfermagem de referência.

Descrição do espaço físico

A unidade é composta por um gabinete preparado para a realização do registo fotográfico das clientes e para a avaliação de parâmetros vitais, prévios às consultas médicas; uma receção externa responsável pelo agendamento de consultas e gestão dos processos clínicos dos doentes; e uma receção interna com dois auxiliares de ação médica, responsáveis pela gestão dos doentes presentes na unidade para consulta médica e de enfermagem. É constituído por gabinetes médicos, de psico-oncologia, de enfermagem, gabinete preparado para a realização de ensaios clínicos, sala de reuniões e de pausa, sala de consumo clínico e gabinetes pessoais.

Tal como definido pela EUSOMA nos seus requisitos, a Unidade de Mama contempla ainda um departamento de imagiologia mamária, responsável pelo rastreio e diagnóstico dos achados imagiológicos suspeitos, sendo a marcação dos exames necessários e a preparação dos doentes para os procedimentos invasivos da mama efetuadas pelo pessoal o administrativo.

O departamento de imagiologia tem capacidade para efetuar todos os exames de imagem necessários, que contemplam a mamografia e a ecografia mamária, bem como

os procedimentos em imagiologia de intervenção, tais como biópsias assistidas por estereotaxia e ecografia, marcação pré-cirúrgica de lesões ou pré-tratamento sistémico neoadjuvante. Dispõe ainda de uma sala de recobro, uma sala para a realização de relatórios, e diversos vestiários.

Descrição da equipa

A equipa da unidade residente é composta por oncologistas médicos, cirurgiões gerais e especialistas em oncoplástica, médicos de medicina geral e familiar, radiologistas, radioncologistas, psico-oncologista, técnicos de radiologia, equipa de enfermagem, equipa administrativa e auxiliares de ação médica.

A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe e seis enfermeiras peritas, sendo que duas enfermeiras são Mestres na área de intervenção oncológica, que se encontram divididas em três turnos de 8h.

Descrição do funcionamento

A Unidade de Mama funciona de segunda a sexta-feira, das oito às vinte horas, com atendimento presencial das mulheres/famílias agendadas, das mulheres/famílias encaminhadas para atendimento extraordinário, atendimento telefónico para *follow up* e acompanhamento das mulheres/famílias com necessidade de esclarecimentos. Igualmente, recebem diversas solicitações de apoio e orientação via e-mail enviados pelas mulheres, respondendo de forma individualizada e funcionando como elo de ligação com a equipa multidisciplinar.

O percurso da mulher na Unidade pode iniciar-se no âmbito da realização de rastreio mamário. Na presença de uma alteração suspeita, o médico imagiologista contata e informa a mulher da necessidade de realização de biópsia, sendo posteriormente informada pela equipa administrativa dos custos e preparação para os mesmos. No caso do exame de rastreio com alteração suspeita ter sido realizado no exterior, esses mesmos exames são observados pela equipa de radiologia, repetidos e agendados os procedimentos de diagnóstico necessários.

Nestas duas situações, confirmando-se a presença de um cancro de mama, o médico imagiologista informa a mulher que irá agendar uma consulta de especialidade que poderá contemplar uma consulta de oncologia ou uma consulta de cirurgia. Caso a mulher, já recorra à unidade com todo o processo de diagnóstico realizado (rastreamento, biópsia e resultado do diagnóstico histológico), todo o processo é avaliado por uma equipa de triagem que pode incluir o radiologista, a chefia de enfermagem ou um oncologista, decidindo-se o tipo de percurso que esta mulher/família necessitará. Nestas situações, a unidade pede sempre o acesso ao material recolhido na biópsia para confirmação do diagnóstico e efeitos de investigação paralela à prestação de cuidados clínicos.

No decurso dos procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, é solicitado o apoio e colaboração dos enfermeiros da unidade na realização das biópsias, colaborando na execução da técnica, efetuando o penso compressivo local, avaliando e reduzindo o risco de complicações, e no fornecimento de informações sobre os cuidados pós procedimento.

No caso de ser proposta uma BAV guiada por ressonância, esta decorre no serviço de imagiologia, fora da Unidade de Mama, sendo a mulher acompanhada pela sr.^a auxiliar de ação médica, pelo radiologista e técnico de radiologia. No término do mesmo, a enfermeira da Unidade de Mama é contactada para a realização de compressão local e do penso, sendo posteriormente encaminhada para a Unidade de Mama, para mamografia de controlo do clip aplicado no leito da biópsia, e a enfermeira é responsável pela reavaliação do penso local, aplicação de ligadura externa compressiva e pelo fornecimento de informação relativa aos cuidados no domicílio.

Neste tipo de biópsia, a mulher/família é contactada 24h após pelos técnicos de radiologia, sendo aplicado um questionário de perguntas fechadas, que procura identificar a presença de complicações e avaliar a satisfação da mulher/família com os cuidados. Na presença de complicações, o técnico encaminha a situação para a equipa de enfermagem.

Semanalmente, são realizadas reuniões multidisciplinares para decisão terapêutica, nas quais se encontram presentes os elementos residentes da Unidade de Mama, anteriormente descritos, bem como o anatomopatologista, o especialista em

medicina nuclear, o nutricionista, o geneticista, a especialista em cuidados paliativos e a administrativa da unidade.

A escolha da enfermeira da equipa, presente nestas reuniões é rotativa, encontrando-se semanalmente escalada para a mesma. No seu decurso dispõem de um computador portátil e uma listagem dos casos clínicos em debate, fornecendo informações pertinentes sobre o contexto pessoal, familiar e social da mulher/família, que influenciam a adesão e decisão terapêutica. Em conjunto com a administrativa presente certificam-se da existência de consultas agendadas de especialidade.

Todas as decisões terapêuticas e segundas opiniões são baseadas em evidência científica, estando diversos ensaios clínicos em estudo ou em curso efetivo, e subsidiando-se igualmente das orientações internacionais para a gestão do cancro da mama emanadas pela *European Society of Medical Oncology* (ESMO), pela *Advanced Breast Cancer Consensus Guidelines* (ABC), *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) e *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN).

O contato com equipa de enfermagem, ocorre na consulta de primeira vez de especialidade, oncológica ou cirúrgica. À chegada à unidade é entregue pela administrativa da receção, um questionário sobre as informações gerais de saúde e doença da mulher e o instrumento de triagem do sofrimento psicológico, para preenchimento pelo próprio. A mulher/família é posteriormente chamada à consulta de enfermagem que, com base nesse questionário procura conhecê-la, o seu contexto familiar e social, as suas expetativas, receios e dúvidas, e a informa sobre o funcionamento da unidade, acompanhamento e recursos disponíveis. Toda a informação recolhida é transcrita para o processo clínico e irá guiar a consulta de especialidade, que decorre após a consulta de enfermagem.

No decurso da trajetória de doença e mediante a decisão terapêutica, a equipa de enfermagem volta a contactar com a mulher/família, na consulta de quimioterapia e na consulta pré-operatória.

Nestas consultas, a enfermeira aplica estratégias de comunicação na gestão de más notícias, familiarizando-se com a situação da mulher/família previamente à consulta, disponibilizando um ambiente calmo e privado, permitindo e incentivando à presença da pessoa significativa, apresentando uma postura disponível e ajustando a sua comunicação verbal e não verbal. Igualmente, utiliza perguntas abertas para conhecer o

que sabem sobre a situação de doença, permite que expressem as suas emoções, pensamentos e dúvidas, fornece informações verbais e escritas, e valida a informação que retiveram da consulta.

A consulta de quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante tem a duração de cerca de uma hora, sendo fornecida à mulher/família informações sobre o tipo de tratamento que irá realizar, os principais efeitos secundários que irá sentir e estratégias para a gestão dos mesmos, reforçando sempre que a equipa se encontra disponível por telefone e e-mail para o acompanhamento do seu estado geral.

A consulta pré cirúrgica pode incluir a preparação para a colocação de um cateter venoso totalmente implantável ou para um tratamento cirúrgico de cancro de mama.

No primeiro caso são fornecidas informações e esclarecidas dúvidas em relação ao procedimento, o local de *check-in* e a preparação física e psicológica para o mesmo, sendo entregues esponjas impregnadas com agente desinfetante de preparação da pele para a cirurgia, respeitando as normas de controle de infeção hospitalar.

No caso de cirurgia de tratamento a consulta incide, maioritariamente, na preparação psicológica da mulher para o resultado estético da mesma, gerindo as suas expetativas através de fotografias pré e pós cirúrgicas de mulheres submetidas ao mesmo tipo de procedimento.

Nesta consulta é revista toda a anamnese clínica da mulher/família que pode comprometer a sua recuperação e são fornecidas informações sobre os cuidados pós cirurgia nomeadamente, o uso de sutiã específico pós-operatório e durante o primeiro mês de recuperação, a atividade física limitada, bem como a importância de fisioterapia pós cirúrgica. Nesta consulta é também realizado o primeiro registo fotográfico da mulher e avaliado o tamanho de sutiã através de medições.

Todas as informações transmitidas no decurso destas consultas, são reforçadas com material escrito e são sempre lembrados os meios disponíveis, telefónicos ou e-mail, para o acompanhamento ou esclarecimento de dúvidas mantendo a proximidade entre a mulher/família, a unidade e a equipa multidisciplinar.

A primeira consulta de *follow up* cirúrgico é realizada telefonicamente 24h após a alta, sendo avaliada a necessidade de marcação de penso para remoção de drenos, avaliadas complicações e esclarecidas questões relacionadas com o processo cicatricial.

As consultas seguintes para a realização de pensos, normalmente são coincidentes com as consultas de especialidade cirúrgica, na qual o cirurgião comunica à mulher/família o resultado histológico da peça operatória e aborda o seu plano terapêutico seguinte. No decurso da consulta de enfermagem, as enfermeiras são autónomas e responsáveis pela avaliação da evolução cicatricial, decidindo a remoção de pontos e necessidade de aspiração de seroma. Nesta consulta é reforçada a importância da fisioterapia no processo de recuperação, sendo sugeridos centros de medicina física e reabilitação na proximidade do local de domicílio e dos cuidados com a pele, tanto para uma boa cicatrização externa, como interna minimizando atrasos no início da radioterapia, quando aplicável.

A periodicidade de seguimento e deslocação ao Hospital A é avaliada de forma individual e personalizada, de acordo com as suas necessidades, mantendo sempre o acompanhamento à distância.

Ao longo da trajetória de doença, a regularidade dos agendamentos varia de acordo com a evolução do quadro clínico e na fase de sobrevivência mantém a sua vigilância e acompanhamento na Unidade de Mama.

Relativamente à componente de investigação, a equipa de enfermagem participa ativamente em ensaios clínicos, realizando formação com os investigadores do estudo e sendo responsáveis pelas colheitas necessárias, preparação das mesmas e pelo fornecimento da medicação às mulheres.

A Unidade de Mama dispõe ainda, mensalmente, de sessões de *journal club*, nas quais é solicitado a um elemento da equipa multidisciplinar que apresente e explore um artigo científico recente, que acrescente valor ao conhecimento científico, mantendo a constante atualização de conhecimentos.

APÊNDICE V

1º Reflexão Crítica de Aprendizagem

1. Reflexão crítica de aprendizagem

1.1. Descrição da Situação - O que aconteceu?

As duas situações que irei descrever ocorreram no terceiro turno de estágio, na Unidade da Mama do Hospital A.

No início de cada turno, a equipa de enfermagem conhecendo o âmbito do meu projeto de estágio, procura informar-se sobre os procedimentos invasivos da mama planeados para esse dia, permitindo-me observar a sua intervenção e participar nos mesmos. A informação de que disponhamos era de que se encontravam programados dois procedimentos. O primeiro dos quais era o da Sr.^a G, de 77 anos proposta para biópsia com pistola guiada por ecografia da mama e axila, sem mais informação clínica disponível no sistema. O segundo procedimento era o da Sr.^a F, de 52 anos proposta para biópsia assistida por vácuo (BAV) guiada por ressonância magnética, sendo que no processo clínico se encontrava disponível o resultado histológico de uma biópsia anterior, no qual era possível ler-se que a senhora teria tido um rastreio mamário classificado como BI-RADS 5 da mama esquerda, foi proposta para biópsia com pistola guiada por ecografia existindo discrepância entre o diagnóstico radiológico e o resultado anatomopatológico, sendo sugerido pelo anatomopatologista a repetição da intervenção.

À nossa chegada a enfermeira apresentou-se à Sr.^a G e procedeu à minha apresentação, pedindo o seu consentimento verbal para que colaborasse na técnica com a sua supervisão, a qual consentiu. Era perceptível pela expressão do seu olhar, pela forma como posicionava a sua mão na marquesa, de punho fechado, e pelo seu silêncio que se encontrava com medo e ansiosa.

A médica fez questão de a informar de todas as etapas e a restante equipa procurou manter uma conversa que a fosse abstraindo do procedimento. Reconhecendo a sua tensão fui questionando-a sobre como se sentia, se existia quadro de dor e se se encontrava confortável. Tecnicamente a biópsia decorreu sem intercorrências e no final do mesmo a médica informou-a que iria ser contactada pela equipa administrativa, para a informar da data da consulta para comunicação dos resultados. Após o procedimento

garanti uma boa compressão manual da mama e axila, procedi à realização dos pensos e ao fornecimento de informações gerais sobre os cuidados pós intervenção.

Aquando do levante a Sr.^a G referiu tonturas e cefaleias, pelo que foi novamente deitada e avaliados parâmetros vitais. Encontrava-se hipertensa, eupneica em ar ambiente e sem quadro de dor, pelo que foi posteriormente transferida para uma sala de recobro onde se manteve em vigilância na companhia do filho. Numa breve conversa com ambos transmitiu-nos que a senhora se encontrava muito “nervosa com a biópsia” (SIC) e que sendo hipertensa era expetável este episódio. Em algumas palavras validei que seria normal a sua ansiedade e procurei compreender a sua origem, referindo que se encontrava preocupada com o resultado da biópsia e que não esperava estar a passar por aquela situação na sua idade. Perante a sua resposta referi que compreendia a sua preocupação e esclareci algumas dúvidas que me foi verbalizando relativamente às etapas que se seguiam, procurando igualmente identificar no seu discurso a sua rede de suporte, o impacto que a realização de biópsia e que um possível diagnóstico de cancro poderia apresentar na sua vida, sugerindo estratégias com base no que me ia verbalizando da sua rotina normal e reforçando que a equipa se encontrava disponível para a apoiar.

Ao longo do turno e por manter quadro hipertensivo foi pedida a colaboração da medicina geral e familiar da unidade, tendo sido medicada e mantida vigilância durante todo o turno e aconselhada a calendarizar consulta com o seu médico assistente.

Após termos instalado a Sr.^a G no recobro, a enfermeira foi chamada pela auxiliar via telefone, pois a Sr.^a F, que já tinha realizado a BAV guiada por ressonância, apresentava um quadro de hemorragia ativa. Á chegada a enfermeira iniciou uma boa compressão local, mantendo uma postura calma e um tom de voz baixo, tranquilizando a Sr.^a F e questionando-a sobre possíveis comorbilidades que não tivessem sido previamente identificadas. Após o aparente controlo da hemorragia, a enfermeira realizou um penso compressivo, tendo a Sr.^a F regressado à Unidade de Mama para mamografia de controlo do clip aplicado durante a biópsia.

Já nos vestiários e enquanto observávamos a Sr.^a G no recobro, a enfermeira foi novamente chamada pela auxiliar de ação médica pois a Sr.^a F apresentava nova hemorragia ativa. A Sr.^a F foi então transferida para uma sala de ecografia contigua ao vestiário, onde foi refeita compressão manual e aplicado gelo. Nesse momento

pressentindo ansiedade da sua parte, sentei-me junto a ela e questionei-a sobre o que poderia fazer para a deixar mais confortável, procurando esclarecer as suas dúvidas e receios quanto ao sucedido e às etapas que se seguiam. A Sr.^a F permaneceu em observação o resto do turno, na companhia do marido, tendo tido alta após ecografia de controlo do local e o fornecimento de informações sobre os cuidados a ter e sinais de alerta.

No final do turno a enfermeira efetuou os registos de enfermagem, sendo que em sistema estes se encontram padronizados e em campo aberto descreveu sucintamente as complicações ocorridas.

No caso das pessoas submetidas a BAV é realizado um contato telefónico de *follow up* no dia seguinte ao procedimento, pelas técnicas de radiologia, no qual é aplicado um questionário de perguntas fechadas, avaliada a presença de complicações e a sua satisfação com o procedimento. Caso a técnica de radiologia detete alguma situação anómala reencaminha o caso para as enfermeiras da unidade, algo que não se verificou na situação da Sr.^a F.

1.2. Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

No decurso deste turno, inicialmente senti que já não me reconhecia no papel de estagiária há alguns anos, em que por um lado quero participar na prestação de cuidados e detenho os conhecimentos para o fazer, mas por outro não quero interferir com o normal funcionamento do serviço. À medida que os dois episódios se foram desenrolando essa dualidade foi desvanecendo e a disponibilidade e incentivo da enfermeira que me acompanhava fez-me sentir parte da equipa.

Nos momentos de partilha com a minha enfermeira orientadora, a intervenção aplicada era alvo de reflexão e debate. Na sequência do turno descrito a reflexão sobre o fornecimento de informação adequada e individualizada, encaminhou-nos para um tema muito pertinente e que corresponde a um dos objetivos do meu projeto, de que forma é que a literacia em saúde contribui para a qualidade e segurança dos cuidados prestados?

Assim, a seleção deste episódio não se prendeu com o fato de ter sido um turno maioritariamente marcado por eventos disruptivos e associados a complicações passíveis

de ocorrerem nestes procedimentos, mas pelo fato de termos permanecido todo o turno na prestação de cuidados no departamento de imagiologia de intervenção, permitindo-me compreender a dinâmica de funcionamento e aplicar os conhecimentos adquiridos sobre a comunicação eficaz, a avaliação e gestão da ansiedade, o suporte psicoemocional e o fornecimento de informação servindo de ponto de partida para a análise sobre a prática, refletindo sobre qual poderia ter sido a minha intervenção enquanto enfermeira especialista e mestranda na área de intervenção oncológica, na preparação física e psicológica da Sr.^a G e F, e no seu *follow up* dando resposta às suas necessidades de cuidados na fase diagnóstica e reduzindo o risco de complicações associadas.

1.3. Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

No turno descrito foi-me possível compreender os percursos realizados por estas pessoas até ao momento de biópsia, constatando que o serviço dispõe de um percurso bem organizado, tanto para as pessoas que realizam os seus estudos mamários de rastreio ou diagnóstico diretamente no departamento de imagiologia da Unidade de Mama, como para as pessoas que realizam os estudos mamários no exterior com indicação para biópsia mamária. No caso particular da Sr.^a G e da Sr.^a F os estudos mamários foram realizados no exterior com indicação para biópsia, tendo os mesmos sido avaliados pela equipa médica de imagiologia, repetidos para confirmação dos achados imagiológicos e agilizada a marcação das respetivas biópsias pela equipa administrativa.

No dia do procedimento verifica-se uma preocupação constante, por parte de todos os intervenientes, com o bem-estar e acompanhamento da pessoa, demonstrando disponibilidade, promovendo a sua privacidade, privilegiando uma comunicação eficaz e fornecendo informações adicionais sempre que requeridas pela mulher e família.

O interesse e disponibilidade da equipa de enfermagem em compreender o âmbito do meu projeto, incluindo-me como parte integrante da equipa de cuidados e permitindo-me intervir nos episódios descritos, foi sem dúvida um contributo muito positivo para a reflexão sobre a prática.

Deste modo, consigo reconhecer que a minha intervenção poderia ter contemplado uma abordagem mais individualizada, especializada e com repercussões na experiência de biópsia destas senhoras, no apoio e suporte prestado no momento diagnóstico, na segurança do procedimento e na redução das complicações.

Relativamente aos registos de enfermagem realizados, embora padronizados, constatei que o sistema permite que estes possam ser completados com texto livre, existindo o cuidado da equipa de enfermagem de acrescentar as informações que considerem encontrar-se em falta e que são significativas para o acompanhamento da pessoa, podendo esta ser consultada por toda a equipa multidisciplinar.

Por fim, reconheço que a realização de um telefonema de *follow up* demonstra interesse e disponibilidade por parte da equipa para acompanhar a pessoa, algo que se encontra implementado em caso de BAV.

1.4. Análise - Que sentido podemos encontrar nesta situação?

Até ao início deste estágio, a pertinência do meu projeto baseava-se apenas na minha experiência profissional e na observação da prática, enquanto enfermeira de referência no acompanhamento das mulheres com suspeita e diagnóstico de cancro de mama e na pouca embora clara evidência de que a nossa intervenção era significativa na experiência vivida por estas mulheres e famílias no momento diagnóstico.

As experiências vividas neste turno foram fundamentais para compreender a realidade de cuidados da Unidade de Mama, no momento diagnóstico e no departamento de imagiologia, possibilitando-me refletir sobre o tema que me propus a estudar, dando significado prático à bibliografia até agora consultada.

Transversal aos dois episódios encontra-se a experiência de medo, ansiedade e preocupação vivida pela Sr.^a G e Sr.^a F, com o resultado do exame e com as técnicas imagiológicas utilizadas para o seu diagnóstico.

Durante este período estão a vivenciar a incerteza de um possível diagnóstico de cancro, que pode resultar em angústia¹ (Harding, 2014). A incerteza na doença é definida, de acordo com Mishel *et al.* (2002) como a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença e ocorre quando a pessoa não dispõe da informação e conhecimento necessários para totalmente compreender o evento, aumentando quando não pode usufruir da sua educação, rede de suporte ou da relação com os prestadores de cuidados para adquirir esta informação e conhecimento. A incerteza também aumenta quando a falta de informação ou compreensão é intensificada por eventos como dor, doença ou medicamentos.

Segundo Mishel *et al.* (2002), perante esta incerteza a pessoa não consegue desenvolver uma estrutura cognitiva para os eventos relacionados à doença, dificultando a tomada de decisão e inibindo o desempenho, resultando num *coping* mais orientado para as emoções e menos orientado para a resolução do problema e uma menor adaptação psicológica. Se este mecanismo de *coping* orientado para a emoção não for seguido de um *coping* orientado para o problema, a pessoa não será capaz de lidar com a incerteza e desenvolver mecanismos para a gerir.

Reconhecendo que a incerteza estará presente ao longo da sua trajetória de doença, torna-se necessário a aplicação de estratégias que permitam uma reestruturação cognitiva focada na resolução do problema, na melhoria da comunicação entre a pessoa e os cuidadores e o fornecimento de informações adequadas às suas necessidades.

Assim, os níveis de angústia variam em função da forma como a pessoa avalia e gere o evento, com base nas características da sua personalidade e na avaliação dos recursos para se adaptar a uma vida com cancro (Harding, 2014).

¹ *Distress* em contexto oncológico “é uma experiência desagradável multifatorial de carácter psicológico (ou seja, cognitivo, comportamental, emocional) e natureza social, espiritual e/ou física que pode interferir na capacidade de lidar efetivamente com o cancro, com os seus sintomas físicos e tratamento. O *distress* estende-se ao longo de um continuum, variando desde sentimentos normais e comuns de vulnerabilidade, tristeza e medo, a problemas que podem se tornar incapacitantes, como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social e crise existencial e espiritual.” (Riba *et al.*, 2022, p. 5).

Nesta perspetiva, a teoria da incerteza na doença define que os enfermeiros têm um papel fundamental como fornecedores de estrutura.

Quando devidamente informadas as mulheres lidam melhor com um diagnóstico de cancro, apresentam maior confiança na equipa de cuidados de saúde e encontram-se mais preparadas para a tomada de decisão sobre as opções de tratamento (Harding, 2015).

No departamento de imagiologia mamária o comprometimento na prevenção e deteção precoce do cancro e nos avanços tecnológicos tem seguido a preocupação crescente com o cuidado centrado na pessoa, sendo líder nesta abordagem. Diariamente, os imagiologistas durante o processo de rastreio mamário ou diagnóstico informam os médicos assistentes e as mulheres dos resultados dos seus exames, comunicando presencialmente a existência de resultados alterados e recomendações para biópsia, demonstrando uma preocupação crescente com a melhoria da comunicação e da experiência da pessoa neste contexto. Neste modelo de cuidados biopsicossocial, a pessoa é encarada como um todo e o imagiologista colabora com a pessoa e família no processo de tomada de decisão, não sendo apenas uma fonte de informação e perícia, promovendo apoio emocional, orientação e compreensão, estabelecendo uma relação terapêutica valorizada por estas mulheres (Soo, 2019).

Tendo por base esta abordagem de cuidados, internacionalmente, o uso de *patient navigators* no departamento de imagiologia tem sido amplamente utilizado, tendo evoluído desde a sua criação na década de 90, em Nova Iorque, como estratégia para diminuir o aumento da morbilidade e mortalidade por cancro de mama junto da população vulnerável e sem recursos, sendo hoje reconhecida como uma estratégia eficaz na melhoria dos cuidados e na experiência da pessoa. Os *patient navigators* apresentam diversos papéis e diferentes percursos académicos, podendo igualmente incluir pessoal sem formação na área da saúde (Lee *et al.*, 2020).

Um estudo recente realizado pelos autores supracitados, demonstra que o uso mais comum destes programas se verifica no setor privado e académico, sendo na sua maioria enfermeiros. Neste contexto existe uma crescente evidência de que os *patient navigators* diminuem as barreiras de cuidados e melhoram a experiência da pessoa no departamento de imagiologia, sendo responsáveis pela comunicação e coordenação de cuidados, funcionando como fontes de educação, orientando na marcação de consultas,

explicando o processo de biópsia e comunicando os seus resultados, tendo concluído que a equipa médica considera estes elementos como tendo um impacto positivo nos cuidados prestados e recomenda a sua implementação noutros departamentos de imagiologia mamária (Lee *et al.*, 2020).

A *Oncology Nursing Society* [ONS] (McMullen *et al.*, 2013), no seu documento sobre as competências do *oncology nurse navigator*², refere que os benefícios de ter um enfermeiro a desempenhar este papel incluem a habilidade para clinicamente avaliar a pessoa, fornecer apoio e educação, gerir a complexidade de um diagnóstico de cancro e comunicar e colaborar com a restante equipa multidisciplinar. Adicionalmente, tem a capacidade de antecipar proactivamente as necessidades da pessoa, referenciando-a adequadamente e fornecer educação que a capacita com conhecimento e compreensão, reduzindo assim a ansiedade e o stress, o que permite que a pessoa se sinta com maior controlo sobre a sua situação.

Aos benefícios anteriormente descritos, pode ainda acrescentar-se a contribuição para a melhoria da segurança dos cuidados. Como já referido, a evolução do conhecimento científico e das tecnologias no departamento de imagiologia, permitiu a utilização de técnicas consideradas minimamente invasivas, não sendo, no entanto, isentas de riscos, devendo o enfermeiro deter conhecimentos sobre as complicações associadas (Vogel, 2011), intervindo na sua redução.

A preparação física e psicológica destas pessoas e famílias para os procedimentos invasivos da mama, necessários no processo diagnóstico, visam garantir que cumpre os critérios para a realização dos mesmos, validar a compreensão sobre o consentimento, gerir as suas expectativas e educar para o período pós alta (Tuck & Krenzischek, 2020), contribuindo igualmente para este sentido de controlo descrito pela ONS, promover a tomada de decisão terapêutica e seguir as orientações da Organização Mundial da Saúde

² Um *oncology nurse navigator* (ONN) “é um profissional com conhecimento clínico específico em oncologia que oferece assistência individualizada a pacientes, familiares e cuidadores para ajudar a superar as barreiras do sistema de saúde. Usando o processo de enfermagem, um ONN fornece educação e recursos para facilitar a tomada de decisão informada e o acesso oportuno a cuidados de saúde e psicossociais de qualidade em todas as fases do continuum do cancro.” (McMullen *et al.*, 2017, p. 4).

(OMS) para a Segurança do Doente 2021-2030 e da Direção-Geral da Saúde (DGS) no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026.

Frequentemente, verifica-se que a pessoa não interpretou corretamente a mensagem transmitida, porque foi utilizado um jargão técnico ou pela dificuldade do profissional em reconhecer essa lacuna de compreensão e adaptar o seu discurso, por não ser capaz de identificar ou desvalorizar estados emocionais que bloqueiam a capacidade de compreensão da informação, assim como não permitir que coloque questões ou expressar preocupações, ficando a segurança do doente comprometida. Para a segurança dos cuidados são fundamentais a existência de uma relação terapêutica e a qualidade da comunicação entre os profissionais e as pessoas e suas famílias, que se desenvolve através de formação e do desenvolvimento de competências específicas que, por conseguinte, promovem a literacia em saúde e a segurança dos cuidados (Ramos *et al.* 2023).

A relação de proximidade dos enfermeiros oncológicos com as pessoas e famílias e o reconhecimento de que as competências comunicacionais são “a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente” (Querido *et al.*, 2006, p. 359), torna a sua intervenção essencial.

De acordo com Ferreira & Alves (2019), a utilização consciente da comunicação é fundamental pois “tudo o que é falado, demonstrado ou visto comunica algo à pessoa doente e é alvo de interpretação” (p. 11).

Igualmente, na área de intervenção oncológica existem momentos que as autoras supracitadas definem como desafiadores da comunicação, para os profissionais de saúde e para a pessoa doente e família e que envolvem o processo de transmissão de más notícias podendo estas técnicas ser aprendidas, através da formação e da experiência.

O protocolo SPIKES desenvolvido por Buckman (2005) emerge, neste contexto como uma estratégia orientadora, servindo como guia, pois a vivência da doença é subjetiva e cada pessoa encara as situações de crise de modo distinto, mas também porque estes momentos de interação com os enfermeiros podem não ser planeados (Ferreira & Alves, 2019).

Subjacente à transmissão de más notícias encontra-se a gestão da reação emocional, não só da pessoa e família, como também dos próprios profissionais, sendo o enfermeiro responsável por gerir uma má notícia ou as emoções que advêm da receção

à mesma, sendo significativo que se conheça a si próprio, os seus receios e emoções e os seus mecanismos de projeção e de defesa (Ferreira & Alves, 2019).

Assim, o desenvolvimento de competências interpessoais e comunicacionais contribuem para a qualidade e satisfação dos cuidados prestados, aumentando igualmente a confiança, segurança e bem-estar dos enfermeiros, desenvolvendo estratégias para gerir as inúmeras situações difíceis com que se confrontam, diminuindo o risco de *burnout* (Ferreira & Alves, 2019; Querido *et al.*, 2006; Pereira, 2008; Owena & Jeffrey, 2008).

1.5. Conclusão - Que mais poderia ter feito?

Após refletir sobre estes episódios considero que poderia ter sugerido a realização de uma entrevista de enfermagem prévia ao procedimento, num ambiente neutro, calmo e livre de interrupções, na presença da pessoa significativa, permitindo que expressassem as suas emoções, pensamentos e dúvidas, contribuindo para o seu conhecimento e compreensão, promovendo a sua capacidade de decisão e diminuindo a sua ansiedade. No decurso da mesma ter-me-ia sido possível recolher informação sobre as suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais, avaliar e gerir a ansiedade associada a este procedimento e ao momento do diagnóstico, proporcionar apoio psicoemocional, contribuir para a formulação de estratégias de *coping* orientadas para a resolução da situação e fornecer informação concordante com as suas necessidades e assim estabelecer uma relação terapêutica.

Embora tivesse procurado utilizar estratégias para diminuir a sua ansiedade e demonstrado cuidado, apoio e empatia, o fato do primeiro contato ter ocorrido quando as senhoras já se encontravam num ambiente de vulnerabilidade, a segundos de serem expostas a um procedimento invasivo desconfortável e ainda com dúvidas e receios, não contribuiu positivamente para a sua experiência de biópsia e para a sua adaptação a um possível diagnóstico de cancro.

Esta entrevista, além de proporcionar suporte e apoio às clientes, poderia ter repercussões na segurança do procedimento e na redução das complicações a que assistimos nestes episódios.

No caso da Sr.^a G, a crise hipertensiva pós procedimento poderia estar associada a uma hipertensão mal controlada, como ao quadro de ansiedade em que se encontrava. A recolha de informações sobre a sua história clínica, medicação, e a avaliação de parâmetros vitais, poderia ter-me permitido identificar, mais precocemente, a necessidade de realizar a toma da medicação SOS e manter a sua vigilância. De igual modo, se esta hipertensão estivesse associada à experiência de tensão e ansiedade, esta teria sido previamente identificada e gerida.

No caso da Sr.^a F, a informação recolhida poderia ter contribuído para compreendermos a origem do quadro de hemorragia pós procedimento. Da minha experiência profissional torna-se significativo rever toda a medicação diária da pessoa, incluindo medicamentos com e sem receita médica que se encontra a realizar, bem como medicamentos de origem natural e chás, que podem comprometer a realização da biópsia. Igualmente, através desta entrevista prévia teria aumentado o sentimento de confiança na equipa, nos cuidados e minimizar a sua ansiedade perante uma complicação passível de acontecer na realização deste tipo de biópsias.

Relativamente aos registos de enfermagem realizados além da descrição das complicações ocorridas, teria sido importante que as informações recolhidas por mim nos momentos de partilha pós procedimento tivessem ficado registadas, para que outros elementos da equipa multidisciplinar pudessem consultar.

Por fim, reconheço que a realização de um telefonema de *follow up* demonstra interesse e disponibilidade por parte da equipa para acompanhar a pessoa, algo que se encontra implementado pela equipa de enfermagem no serviço para o período pós alta cirúrgica. Nesse sentido teria sido significativo para estas senhoras, principalmente porque se depararam com complicações pós procedimento, ter sugerido que as contactássemos para avaliação do seu estado físico e psicológico, proporcionando apoio.

1.6. Planear a Ação - Se acontecesse de novo, o que faria?

Se me fosse possível voltar a planear este turno teria principalmente repensado o meu primeiro momento de interação com a Sr.^a G e a Sr.^a F. Nos cuidados de enfermagem, a valorização da relação com a pessoa cuidada deve ser uma prioridade, uma vez que é o veículo de toda a intervenção. Mais do que o tempo deste contato com a pessoa e

família devemos valorizar a qualidade do mesmo, devendo ser pautada por respeito, empatia e intencionalidade, permitindo-nos conhecer a pessoa, compreender as suas dificuldades e por conseguinte, intervir eficazmente (Phaneuf, 2005).

Na área de intervenção oncológica, os enfermeiros especialistas e peritos detêm uma abrangência de conhecimentos e competências científicas, técnicas e principalmente, na minha perspetiva pessoal, humanas que lhes permite estabelecer uma relação de ajuda e de natureza terapêutica, muito valorizada pelas pessoas e famílias afetadas por esta doença.

A evidência demonstra que o período diagnóstico se encontra envolto em sentimentos que marcam negativamente a pessoa e família e a falta de informação, conhecimento e compreensão, condicionam a sua autonomia e adaptação a um diagnóstico de cancro. A realização de uma entrevista de enfermagem prévia, em que o enfermeiro toma a iniciativa da interação, tendo como guia orientador os passos do protocolo de Buckman (Buckman, 2005) e da realização de entrevistas de Phaneuf (Phaneuf, 2005), com o objetivo de colher informação, proporcionar apoio psicoemocional, fornecer informação e conhecimento adequados às suas capacidades de compreensão e às suas necessidades individuais, contribui positivamente para a experiência destas pessoas e famílias.

A realização de um telefonema pós procedimento é igualmente uma intervenção que para a pessoa e família lhe demonstra preocupação, apoio e principalmente disponibilidade para manter o seu seguimento neste período tão conturbado, o que se reflete igualmente na satisfação com os cuidados prestados (Harding, 2015).

Neste turno em particular sinto que o fato de me encontrar há pouco tempo no serviço e de não querer interferir com o seu normal funcionamento, visto que não é uma prática implementada, pode ter limitado a minha atuação.

Após este episódio e de refletir sobre o mesmo em conjunto com a minha orientadora de estágio, sugeri que falássemos com as senhoras antes do procedimento, procurando ter uma intervenção mais ativa na sua preparação física e psicológica, algo que foi bem recebido pela equipa. Acredito que a disponibilidade e incentivo da equipa me irá permitir desenvolver competências comunicacionais que irão contribuir para que me sinta mais segura junto da pessoa e família, bem como face aos enfermeiros e outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142. <https://medicine.usask.ca/documents/pgme/educational-resources/breaking-bad-news-spikes-model---psychosocial-onc---2005.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Ferreira, M., & Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. *Onco.News*, 38, 6–14. <https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>
- Harding, M. (2014). Incidence of Distress and Associated Factors in Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation. *Western Journal of Nursing Research*, 36(4), 475–494. <https://doi.org/10.1177/0193945913506795>
- Harding, M. (2015). Effect of nurse navigation on patient care satisfaction and distress associated with breast biopsy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), E15–E20. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E15-E20>
- Lee, A., Plecha, D., Woodard, G., Price, E., Hayward, J., Mark, S., & Joe, B. (2020). Utilization of patient navigators in breast imaging facilities across the United States: A survey of breast imaging radiologists. *Journal of Breast Imaging*, 2(1), 16–21. <https://doi.org/10.1093/JBI/WBZ078>
- McMullen, L., Banman, T., de Groot, J., Jacobs, S., Srdanovic, D., Franey, E., & Mackey, H. (2013). *Oncology Nursing Society: Oncology Nurse Navigator Core Competencies*. https://www.ons.org/sites/default/files/ONNCompetencies_rev.pdf
- McMullen, L., Christensen, D., Haylock, P., Rose, T., Sellers, J., Srdanovic, D., Baileys, K., & Lubejko, B. (2017). *2017 Oncology Nurse Navigator Core Competencies* (Vol. 2). https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Competencies.pdf

- Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Stewart, J., Bailey, D., Robertson, C., & Mohler, J. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 94(6), 1854–1866. <https://doi.org/10.1002/cncr.10390>
- Organização Mundial da Saúde (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Owen, R., & Jeffrey, D. (2008). Communication: Common challenging scenarios in cancer care. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1163–1168. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.029>
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Formação e Saúde.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2006). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (1st ed., pp. 357-378). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Ramos, S., Barroso, F., Diniz, A., & Mendes, C. (2023). A Literacia em Saúde para a Segurança dos Cuidados. In C. Almeida & I. Fragoeiro (Eds.), *Manual de Literacia em Saúde* (1st ed., pp. 177–188). PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação.
- Soo, M. (2019). Interventional Procedures: Patient-Centered Approach. In C. Kuzmiak (Ed.), *Interventional Breast Procedures: A Practical Approach* (1st ed., pp. 1–19). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-13402-0>
- Riba, M., Donovan, K., Ahmed, K., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W., Brewer, B., Corbett, C., Fann, J., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D., Handzo, G., Hoofring, L., Huang, C.-H., Hutchinson, S., Johns, S., Keller, J., Kumar, P., ... Vanderlan, J. (2022). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management*. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf

- Tuck, P., & Krenzischek, D. (2019). Pre- and Pos-Procedure Nursing Care. In K. Gross (Ed.), *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (1st ed., pp. 59–75). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Vogel, W. (2011). Diagnostic Evaluation, Classification, and Staging. In C. Yarbrow, D. Wujcik, & B. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: principles and practice* (7th ed., pp. 166–197). Jones and Bartlett Publishers.

APÊNCIDE VI

Check-list das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de
acolhimento

CHECKLIST DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ACOLHIMENTO

Data: __/__/__

Enfermeiro: _____

<i>Intervenção</i>	Sim	Não	NA
Consulta o processo clínico, obtendo o máximo de informação possível, sobre a pessoa e quadro clínico atual.			
Apresenta-se à pessoa e acompanhante.			
Confirma a identificação da pessoa usando dois primeiros e os dois últimos nomes e a sua data de nascimento.			
Apresenta o espaço físico do serviço e restante equipa.			
Promove um ambiente calmo, privado e livre de interrupções.			
Permite a presença da família caso seja a sua vontade.			
Transmite uma postura de disponibilidade.			
Preenche o instrumento de colheita de dados orientador da consulta de enfermagem.			
Utiliza pergunta abertas: - Explorar o que o cliente sabe sobre o seu quadro clínico (O que é que sabe em relação ao seu quadro clínico? O que é que sabe em relação ao procedimento que vai realizar?); - Explora preocupações e necessidades da pessoa e pessoa significativa (Quais são as suas preocupações atuais? Que questões precisa de ver respondidas? Que alterações ocorreram nas suas rotinas desde que foi confrontada com esta situação?, Quais os aspetos que têm tido mais dificuldade em lidar?)			
Realiza escuta ativa.			
Permite espaço para expressão de sentimentos por parte da pessoa/família.			
Está atento às emoções da pessoa/família, aos mecanismos de <i>coping</i> utilizados e fornece orientações sobre o uso de mecanismos de <i>coping</i> apropriados.			
Responde de forma empática às emoções da pessoa/família, validando que é natural ter reações emocionais (É natural que esta informação o deixe perturbado).			
Permite espaço para a prática religiosa/amuletos.			

<i>Intervenção (continuação)</i>	Sim	Não	NA
Identifica o nível de informação que a pessoa/família pretende receber.			
Transmite a informação de forma clara, adequando-a aos seus antecedentes culturais e as crenças sobre a saúde da pessoa/família.			
<i>Informa a pessoa/família sobre o procedimento que vai realizar</i>			
Objetivo do procedimento.			
Analgesia utilizada e o que irá sentir e perceber durante o mesmo.			
Duração estimada do procedimento.			
Complicações associadas.			
Tempo de espera dos resultados.			
Circuito de admissão.			
Presença de acompanhante no dia do procedimento.			
Preparação física para o procedimento: jejum não recomendado, uso de roupa confortável, uso de soutien, toma de medicação diária.			
Documentação a trazer no dia do procedimento.			
Fornecer estratégias, com base nas suas rotinas e gostos pessoais, para a medicação da angústia.			
<i>Informa a pessoa/família sobre os cuidados pós procedimento</i>			
Cuidados com o penso.			
Aplicação de gelo.			
Aspeto do local (hematoma).			
Atividade e esforços físicos.			
Dor e analgesia permitida.			
Sinais de alerta: febre, rubor, calor, edema e hemorragia.			

<i>Intervenção (continuação)</i>	Sim	Não	NA
<i>Informa a pessoa/família sobre os cuidados pós procedimento (continuação)</i>			
Define estratégias, em parceria com a pessoa e pessoa significativa, com base nos problemas atuais ou potenciais identificados.			
Aconselhar e providenciar o seu encaminhamento para outro profissional caso a questão identificada ultrapasse a nossa competência.			
Fornece os contatos telefônicos do serviço.			
Reforça a disponibilidade para se manter o acompanhamento da pessoa.			
Informa que será contatado 24h após procedimento, conforme o protocolo instituído (follow-up).			
Define o agendamento do procedimento e consultas subsequentes de especialidade.			
Valida que compreenderam a informação transmitida.			
Realiza um resumo daquilo que foi abordado.			
Esclarece dúvidas e receios.			
Fornece o folheto explicativo do procedimento.			
Regista este momento em notas de enfermagem.			
Introduz os dados da cliente na base de dados definida.			

Referências Bibliográficas

- Boyd, B., & Fine, R. (2007). Stereotactic Breast Biopsy: The Nurse's Role. *Journal of Radiology Nursing*, 26(1), 4–10. <https://doi.org/https://doi:10.1016/j.jradnu.2006.11.001>
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142. <https://medicine.usask.ca/documents/pgme/educational-resources/breaking-bad-news-spikes-model---psychosocial-onc---2005.pdf>
- Carroll, C. (2006). Sorting out breast biopsy options. *Nursing*, 36(3), 70–71. DOI: 10.1097/00152193-200603000-00057
- Ferreira, M., & Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. *Onco.News*, 38, 6–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>
- Harding, M. (2014). Incidence of Distress and Associated Factors in Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation. *Western Journal of Nursing Research*, 36(4), 475–494. <https://doi.org/10.1177/0193945913506795>
- Harding, M. (2015). Effect of nurse navigation on patient care satisfaction and distress associated with breast biopsy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), E15–E20. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E15-E20>
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514–516. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>
- Laranjeira, C., Afonso, C., & Querido, A. I. (2021). Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students. *SAGE Open Nursing*, 7, 1–5. <https://doi.org/10.1177/23779608211044589>
- Musa, A., Arnold, E. C., Carpenter-Thompson, R., Baron, D., Anavim, A., Al-Hihi, M., Lang, E., Trivedi, P., Grewal, A., Pendi, K., Swantek, J., & Ter-Oganesyan, R. (2020). Attitudes of Preprocedural Patient Anxiety: A 2019 Cross-Sectional Study of Radiology Nurses. *Journal of Radiology Nursing*, 39(3), 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2019.12.011>

- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem* (Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecern%C2%BA-53_ce_13012021_consulta_enfermagem-e-teleconsulta-deenfermagem.pdf
- Phaneuf (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Soo, M. (2019). Interventional Procedures: Patient-Centered Approach. In C. Kuzmiak (Ed.), *Interventional Breast Procedures: A Practical Approach* (pp. 1–19). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-13402-0>
- Tuck, P., & Krenzischek, D. (2019). Pre- and Pos-Procedure Nursing Care. In K. Gross (Ed.), *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (pp. 59–75). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Vogel, W. (2011). Diagnostic Evaluation, Classification, and Staging. In C. Yarbrow, D. Wujcik, & B. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: principles and practice* (7th ed., pp. 166–197). Jones and Bartlett Publishers.

APÊNCIDE VII

Check-list das intervenções de enfermagem da consulta de *follow up* telefónico

CHECKLIST DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FOLLOW UP TELEFÔNICO

Data: __/__/__

Enfermeiro: _____

Procedimento Efetuado: _____

Data do Procedimento: __/__/__

Respondeu ao Contato Telefónico: () Sim () Não

<i>Intervenção</i>	Sim	Não	NA
Confirma como decorreu a viagem de regresso a casa			
Confirma como foi a primeira noite pós procedimento			
Valida quadro de dor nas últimas 24h (1)			
Valida a presença de sinais de alerta (2)			
Valida o estado psicoemocional (preocupações e dúvidas)			
Reforça os cuidados com o local do procedimento e penso			
Orienta para o retorno de terapêutica diária, caso tenha sido suspenda			
Confirma o agendamento de consulta médica de especialidade			
Confirma se a informação fornecida foi suficiente para a pessoa (3)			
Reforça disponibilidade de contacto telefónico			
Avalia a necessidade de novo telefonema de <i>follow up</i> (4)			
Se cliente A (cl clinicamente bem), realiza inquérito de satisfação (NPS).			
Atualiza a Base de Dados			

(1) Escala de dor

Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(2) Sinais de Alerta:

	Inexistente	Ligeira	Moderada	Severa
Rubor				
Calor				
Edema				
Hemorragia				
Febre. Quantificar: _____				
Outro: _____				
Outro: _____				

(3) Se não, porque: _____**(4) Resultado da Avaliação:**

A – Clinicamente bem.

B – Embora não inspire cuidados, há dúvidas que levam à necessidade de um 2º telefonema.

Especificar: _____

C – Há preocupações clínicas, pelo que há necessidade de se dirigir ao Serviço de Urgência.

Especificar: _____

Referências Bibliográficas

- Coutinho, J., & Neves, J. (2019). *Manual de boas práticas em cirurgia ambulatória* (3rd ed.). Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte: Unidade de Cirurgia Ambulatória. https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf
- Greenberg, M., Rutenberg, C. (2020). Telephone Communications. In: K., Gross. *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (1st ed., pp.235-243). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Harding, M. (2015). Effect of nurse navigation on patient care satisfaction and distress associated with breast biopsy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), E15–E20. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E15-E20>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem (Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecern%C2%BA_53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-deenfermagem.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Vieira, V., Marcos, A., Carmona, C., & Pinto, S. (2016). Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/Recomendacoes_Abordagem_Anestesica_Idoso_Obeso.pdf

APÊNCIDE VIII

Instrumento de colheita de dados orientador da consulta de enfermagem de
acolhimento

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS ORIENTADOR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ACOLHIMENTO

Data: __/__/__ Enf.: _____

INFORMAÇÃO GERAL DA PESSOA

Nome: _____ HLU: _____ Data de Nasc.: __/__/__

Idade: _____ Nome Preferido: _____ Contato Telefónico: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Local da Residência: _____

- **Estado Civil:** () Solteiro () Casado () Divorciado () União de Fato () Viúvo
- **Língua Dominante:** () Português () Inglês () Francês () Outra _____ **Domina a Língua Portuguesa:** () Sim () Não
- **Nível de Escolaridade:** () < a 4 anos de escolaridade () 1º ciclo do ensino básico () 2º ciclo do ensino básico () 3º ciclo do ensino básico () 11º ano () Ensino secundário () Bacharelato () Licenciatura () Mestrado () Doutoramento
- **Profissão:** () Ativo () Não Ativo () Aposentado **Horário de Trabalho:** () Tempo inteiro () Parcial () Ocasional
- **Religião:** _____ **Praticante:** () Sim () Não **Requer Apoio Espiritual:** () Sim () Não
- **Cuidador Informal/Pessoa Significativa:** _____ **Contato:** _____ **Grau de Parentesco:** () Mãe () Pai () Irmão (ã) () Avós () Tios () Amigo () Instituição () Esposo () Filho(a) () Neto Outro _____

INFORMAÇÃO SOCIO-FAMILIAR DA PESSOA

- **Vive Sozinho:** () Sim () Não **Apoio Familiar:** () Sim () Não **Integrado em Estrutura Familiar/Cuidador:** () Sim () Não **Integrado em Estrutura Residencial:** () Sim () Não **Necessidade de Apoio Social:** () Sim () Não

VIGILÂNCIA DE SAÚDE

- **Centro de Saúde:** _____ **Vigilância de Saúde (local):** _____ **Enfermeiro de referência:** _____ **Médico de Família:** _____ **Plano Nacional de Vacinação:** () Sim () Não

INFORMAÇÃO RELATIVA À SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA

- **Doenças Conhecidas:** () HTA () Diabetes () Depressão () Cardíacas () Pulmonares () Renais () Hepáticas Outras _____ **Medicação Habitual:** _____

- **Alergias a medicamentos:** _____
Outras Alergias: _____
- **Internamentos Anteriores nos Últimos 6 Meses:** () Sim () Não
Especificar: _____
- **Hábitos Tabágicos:** () Sim () Não () ex-fumador **Quantidade diária:** () 0-10 cigarros/dia () 10-20 cigarros/dia () 20-30 cigarros dia () +30 cigarros/dia () Outro _____
- **Hábitos Alcoólicos:** () Sim () Não **Quantidade diária:** () esporadicamente () socialmente () diariamente () Outro _____
- **Consumo de Drogas:** () Sim () Não **Quantidade diária:** () esporadicamente () socialmente () diariamente () Outro _____

HISTÓRIA GINECOLÓGICA:

- **Idade da Menarca:** _____ **Índice Obstétrico:** _____ **Idade da 1º Gravidez de Termo:** _____
- **Amamentou:** () Sim () Não **Duração:** _____ **Anti Contracetivos Orais:** () Sim () Não
- **Menopausa:** () Sim () Não **Idade da Menopausa** _____ **TSH:** () Sim () Não **Duração:** _____

HISTÓRIA DE TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS:

- **Quimioterapia:** () Adjuvante () Neoadjuvante () Paliativa **Término:** _____
- **Radioterapia:** () Sim () Não **Zona irradiada** _____ **Término** _____
- **Outros Tratamentos:** _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

		Localização do Tumor	Idade na Altura do Diagnóstico		Localização do Tumor	Idade na Altura do Diagnóstico
<i>Avós</i>	Paternos			Maternos		
<i>País</i>						
<i>Tios/primos</i>						
<i>Filhos</i>						
<i>Outros</i>						
<i>Outros</i>						

MOTIVO DE ADMISSÃO

Procedimento Proposto:

- ☐ Biópsia Aspirativa
- ☐ Biópsia com pistola
- ☐ BAV estereotaxia
- ☐ BAV Ecografia
- ☐ Galactografia
- ☐ Marcação com clip
- ☐ Marcação com arpão

Lateralidade

- ☐ Direita
- ☐ Esquerda
- ☐ Bilateral

Exames Realizados que Justificam o Procedimento

- ☐ Mamografia Data: __/__/__ BI-RADS_____
- ☐ Ecografia Mamária Data: __/__/__ BI-RADS_____
- ☐ RMN Mamária Data: __/__/__ BI-RADS_____

Exame de Rastreio: ☐ Sim ☐ Não **Exame de Diagnóstico:** ☐ Sim ☐ Não

Data da prescrição médica: __/__/__

Familiaridade com o Evento ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

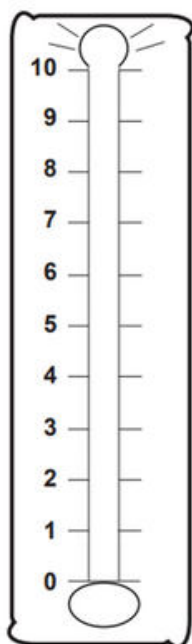
Anticoagulada: ☐ Sim ☐ Não **Antiagregada:** ☐ Sim ☐ Não **Princípio ativo:** _____

Substituição _____ **última toma a** _____

INSTRUMENTO DE TRIAGEM DA ANGÚSTIA (DISTRESS)

Instruções: por favor, faça um círculo em volta do número (0-10) que melhor descreva o seu grau de sofrimento na última semana, incluindo hoje.

Angústia extrema



Sem angústia

Lista de Problemas: Você teve alguma preocupação sobre algum dos itens abaixo na semana passada, incluindo hoje? (Marque todos os que se aplicam)

Preocupações físicas

- ☐ Dor
- ☐ Dormir
- ☐ Fadiga
- ☐ Tabagismo
- ☐ Uso de substâncias
- ☐ Memória ou concentração
- ☐ Saúde sexual
- ☐ Mudanças na alimentação
- ☐ Perda ou alteração das habilidades físicas

Preocupações emocionais

- ☐ Preocupação ou ansiedade
- ☐ Tristeza ou depressão
- ☐ Perda de interesse ou de prazer
- ☐ Tristeza ou perda
- ☐ Medo
- ☐ Solidão
- ☐ Raiva
- ☐ Alterações na aparência
- ☐ Sentimentos de inutilidade ou ser um fardo

Preocupações sociais

- ☐ Relacionamento com o cônjuge ou companheiro
- ☐ Relacionamento com os filhos
- ☐ Relacionamento com familiares
- ☐ Relacionamento com amigos ou colegas de trabalho
- ☐ Comunicação com a equipe médica
- ☐ Capacidade de ter filhos

Preocupações Práticas:

- ☐ Cuidando de mim mesmo(a)
- ☐ Cuidando dos outros
- ☐ Trabalho
- ☐ Escola
- ☐ Habitação
- ☐ Finanças
- ☐ Seguro de saúde
- ☐ Transporte
- ☐ Cuidados infantis
- ☐ Ter comida suficiente
- ☐ Acesso a medicamentos
- ☐ Decisões de tratamento

Preocupações espirituais ou religiosas:

- ☐ Sentido de significado ou propósito
- ☐ Mudanças na fé ou crenças
- ☐ Morte, morrer ou vida após a morte
- ☐ Conflito entre crenças e tratamentos contra o cancro
- ☐ Relacionamento com o sagrado
- ☐ Necessidades de rituais ou dietéticas

Outras Preocupações:

Referências Bibliográficas

Nacional Comprehensive Cancer Network (2022). *Distress Thermometer Screening Tool: Version 2.2022 (Portuguese)*.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress_tool_portuguese.pdf

APÊNDICE IX

Descrição da Unidade de Mama Hospital B

Descrição da Unidade De Mama Hospital B

O Hospital B, onde decorreu o segundo período de estágio, apresenta uma vasta experiência no âmbito dos cuidados oncológicos, dispondo de uma Unidade de Mama, membro da *Breast Centres Network*, detentora de uma *Breast Centres Certification*, atestando que segue as orientações da *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA) e tem como missão proporcionar uma resposta completa a todas as necessidades da mulher com patologia mamária, por uma equipa multidisciplinar - desde a prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento da pessoa após o tratamento.

Como forma de contribuir para o estudo e conhecimento sobre o cancro, a unidade regista os seus doentes no Registo Oncológico Nacional (RON).

Igualmente, reconhecendo que um diagnóstico rápido e preciso é fundamental no sucesso do tratamento, contribuindo para um melhor prognóstico da doença, o Hospital B dispõe de vias verdes internas, nas quais se inclui a via verde para diagnóstico de cancro de mama, acionáveis no caso de suspeita de cancro, pela presença de sintomatologia ou de exames com alterações.

Descrição do espaço físico

No Hospital B, a Unidade de Mama é a única área ambulatoria a desenvolver a sua atividade no edifício principal, cumprindo assim os requisitos da EUSOMA quanto à proximidade das áreas que lhe dão apoio permanente, como a imagiologia, medicina nuclear, anatomia patológica, bloco operatório, cuidados intensivos, internamento, hospital de dia oncológico e radioterapia.

A Unidade de Mama apresenta uma receção composta por dois postos de trabalho administrativo, responsável pela admissão e calendarização de consultas de especialidade e de enfermagem, e uma sala de espera privada. A unidade dispõe ainda de gestoras oncológicas, responsáveis pelo acompanhamento administrativo das mulheres e famílias durante a fase de diagnóstico e de tratamento, facilitando os agendamentos de exames e tratamentos, pedidos de autorização para tratamentos e cirurgia, relatórios, orçamentos ou gestão de seguros de saúde ou outros subsistemas, promovendo a articulação com os elementos da equipa multidisciplinar da unidade.

Á área clínica é composta por oito gabinetes médicos, nos quais decorrem as consultas de especialidade de senologia, cirurgia mamária, cirurgia plástica e reconstrutiva, oncologia e onco-psicologia; três gabinetes de medicina física e reabilitação (um para serviço administrativo e dois para a realização de tratamentos); dois gabinetes de enfermagem (um preparado para a realização de pensos e outro destinado ao atendimento das mulheres e famílias), uma casa de banho privada e uma sala de sujos.

Descrição da equipa

A equipa multidisciplinar é composta por médicos nas áreas de senologia, oncologia médica, cirurgia geral, cirurgia plástica e reconstrutiva, radioncologista, psico-oncologista, equipa de enfermagem, gestoras oncológicas e auxiliares de ação médica.

A equipa de enfermagem é constituída por duas enfermeiras, que acompanham em permanência a mulher e/ou família durante todo o seu percurso na unidade, orientando e esclarecendo todas as dúvidas que possam surgir, tais como cuidados a ter na preparação para exames e tratamentos, durante e após os mesmos, em complemento da equipa médico-cirúrgica.

As enfermeiras encontram-se organizadas em turnos de 8h, nos quais as atividades a desenvolver se encontram bem planeadas e em consonância com a atividade médica na Unidade de Mama e no bloco operatório, podendo incluir a realização de pensos, consulta de enfermagem, atendimento de enfermagem (telefónico e/ou acompanhamento no dia da cirurgia), visita ao internamento no pós-operatório e a presença na reunião multidisciplinar.

Descrição do funcionamento

A Unidade de Mama funciona de segunda a sexta-feira, das oito às vinte horas, com atendimento de enfermagem presencial das mulheres e famílias agendadas, e das dez às dezassete horas, para atendimento telefónico, tendo este atendimento como objetivo, aumentar a satisfação da mulher com a melhoria da acessibilidade aos cuidados; criar uma linha de proximidade, facilitando a comunicação com o enfermeiro de referência; facilitar a comunicação entre os vários profissionais intervenientes no seu

acompanhamento; monitorizar as suas queixas; triar, instruir e reforçar ensinamentos; agendar a próxima vinda ao hospital, se necessário, e/ou agendar próximo contato telefónico; encaminhar para atendimento permanente, caso se justifique; articular com médico e/ou enfermeiros de hospital de dia ou de radioterapia, com serviço de fisioterapia, imagiologia, medicina nuclear e anatomia patológica; articular com a gestora da Unidade de Mama.

A referência da mulher com suspeita de cancro de mama encontra-se definida em instrução de trabalho, na qual pode ler-se que devem ser referenciadas as mulheres que sendo seguidas noutras especialidades, apresentam clínica ou alterações em exames de rotina que obriguem a antecipar os exames anuais (exceto para controlo de crescimento de fibroadenomas) ou fazer algum exame além da mamografia e ecografia mamária, por exemplo: ressonância magnética/biópsia/galactografia ou observação de senologia, sendo a marcação do exame da responsabilidade da gestora oncológica.

A orientação para consulta de senologia deve ser feita segundo indicação do médico referenciador, sendo a gestora oncológica responsável pela marcação na primeira vaga disponível.

Se os exames acima descritos, tiverem sido marcados pelo médico referenciador e perante casos suspeitos ou confirmados de neoplasia (por indicação da imagiologia), a gestora oncológica deve contactar o médico referenciador para este comunicar com brevidade, sempre que seja possível/exequível, o resultado à mulher/família e orientar para senologia.

Se todo este processo for iniciado pela mulher/família, que não é seguida na unidade, o contato é realizado através da gestora oncológica. Se a mulher/família já pertence à unidade e já foi observada por um médico da mesma, têm como contato a gestora oncológica para agendamentos ou a enfermeira da unidade para questões, dúvidas ou ensinamentos.

Encontra-se igualmente definido que perante situações suspeitas ou confirmadas de neoplasia, a marcação da consulta de senologia deve ocorrer nas 24 a 48h úteis seguintes ou no próprio dia e na sua impossibilidade pode ser calendarizada consulta de oncologia. Em caso de exames com estadió IV documentado, a mulher deve ser referenciada para consulta de oncologia e na sua impossibilidade para senologia, sendo agendada consulta de oncologia assim que possível.

O primeiro contato com a enfermeira, ocorre após a consulta de senologia ou oncologia e da confirmação histológica de carcinoma, sendo definido que esta consulta deve ser agendada até 24h após ou no próprio dia.

A consulta de enfermagem tem como objetivo acompanhar com proximidade, dignidade e de forma individualizada a mulher com cancro de mama, desde o confronto com o diagnóstico da doença e ao longo do seu processo de tratamento, envolvendo sempre a família ou pessoa significativa.

Em todas as consultas de primeira vez, a enfermeira subsidia-se inicialmente do processo clínico da mulher, procurando inteirar-se da sua história e preparando o momento da entrevista. Estas consultas decorrem num gabinete próprio, com privacidade e acolhedor, no qual a enfermeira desenvolve uma relação terapêutica, baseada na confiança, que se traduz num conhecimento das vivências e do impacto da doença oncológica na vida da mulher e sua família, permitindo completar as informações obtidas na consulta médica e planejar as suas intervenções com base no diagnóstico das necessidades identificadas.

No decurso desta consulta, a enfermeira aplica estratégias de comunicação verbal e não verbal, que incentivam a mulher/família a expressar as suas emoções, sentimentos, pensamentos e dúvidas, proporcionando apoio psicoemocional. Caso exista a necessidade de realizar mais exames de diagnóstico e estadiamento, são fornecidas informações sobre os mesmos e disponibilizado acompanhamento na sua realização pela enfermeira.

No final da consulta são fornecidas informações sobre o funcionamento da unidade e sobre os recursos disponíveis a nível hospitalar, é fornecida informação em formato de panfleto, é aplicado o termómetro de *distress* e reforçado o interesse e a disponibilidade em manter o acompanhamento, através do fornecimento do contato telefónico direto da unidade.

As consultas de enfermagem de seguimento ocorrem durante o percurso terapêutico, principalmente se propostas para cirurgia. Nesta consulta, além do apoio psicológico, são fornecidas informações verbais e escritas sobre o percurso no dia da cirurgia e sobre os procedimentos a que será submetida (marcação pré-operatória com arpão e linfocintigrafia), atividade física, uso de sutiã e é reforçado que ao longo deste percurso estará sempre acompanhada pela enfermeira de referência.

No dia seguinte à cirurgia, a enfermeira realiza a visita à mulher no internamento, proporcionando apoio e as informações necessárias para o regresso ao domicílio. Após esta visita, é entregue à mulher uma pasta com três questionários. Dois dos quais pretendem avaliar o quadro de dor durante os procedimentos de intervenção imagiológica (microbiópsia, BAV, colocação de arpão e linfo cintigrafia), bem como o quadro de dor pós-operatório. Um terceiro questionário pretende avaliar a sua satisfação com a educação para a saúde realizada pela equipa de enfermagem.

O primeiro contato de *follow up* pós cirurgia mamária, é realizado pela enfermeira do internamento, 24h após a alta, existindo um guia orientador do mesmo. O primeiro penso pós-operatório é realizado na Unidade de Mama, sendo coincidente com a consulta médica para a observação do mesmo e o seu agendamento é variável em função da presença ou não de drenos locais.

Reconhecendo que durante o percurso de tratamento de cancro de mama, a mulher irá experienciar uma ou mais situações descritas: dor, limitação de amplitudes do ombro, diminuição da força do membro superior, linfedema, alterações de sensibilidade e fadiga, as quais vão condicionar a redução dos níveis de atividade física e da qualidade de vida, a unidade dispõe de uma equipa de medicina física e reabilitação, encontrando-se protocolado que à data da alta ficará marcada uma consulta de fisioterapia um mês após a cirurgia e que a fisioterapeuta a contactará telefonicamente entre o 7º e o 10º dia pós-operatório, programando-se (se a situação clínica o justificar) tratamento de fisioterapia.

No caso da mulher submetida a reconstrução mamária, para a qual existem atualmente várias técnicas que podem condicionar alterações do complexo articular do ombro, tronco, musculatura dorsal ou abdominal, também é referenciada para tratamentos de reabilitação, visando uma mais rápida recuperação funcional.

O linfedema secundário do membro superior surge com frequência após a cirurgia, sendo um dos objetivos do seguimento da equipa de reabilitação o seu diagnóstico, avaliação e tratamento precoce, utilizando como técnica a terapia linfática descongestiva, a curto ou longo prazo e no caso de linfedema refratário, procedendo-se regularmente à prescrição de material de contenção elástico.

No caso da abordagem terapêutica contemplar a realização de quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante e radioterapia, as consultas de enfermagem são realizadas pelas enfermeiras dos respetivos serviços. No entanto, a relação de ajuda estabelecida

com a enfermeira da Unidade de Mama é muito valorizada pela mulher/família, recorrendo às mesmas perante situações de dúvida e incerteza.

Relativamente aos registos de enfermagem, todas as intervenções de enfermagem presenciais ou telefónicas são registadas no processo clínico, em regime de texto livre, permitindo o acesso pela equipa multidisciplinar. Igualmente, para efeitos de investigação e auditoria, todas as doentes de primeira vez são registadas numa base de dados da unidade, sendo os dados atualizados ao longo da sua trajetória de doença.

A unidade realiza semanalmente duas reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica. Às quartas-feiras decorre a reunião dos casos benignos e às sextas-feiras, no período da manhã, é realizada a reunião dos casos malignos, sem a presença da doente, na qual se encontram presentes todos os elementos residentes da unidade e anteriormente descritos, aos quais se juntam o radiologista, patologista, especialista em medicina nuclear, nutricionista, geneticista, enfermeira de cuidados paliativos e os enfermeiros de referência dos dois polos, presencialmente ou por videoconferência.

Nesta reunião são debatidos todos os casos clínicos após diagnóstico histológico e antes do início de qualquer tratamento, desde que tenham estadiamento completo. Nos casos em que o diagnóstico histológico foi efetuado fora da unidade, é da responsabilidade do médico de referência pedir a revisão das lâminas e a discussão do caso clínico só é realizada após a revisão pela anatomia patológica.

Excecionalmente podem ser discutidos em reunião multidisciplinar, em caso de doença oncológica, quando existem dúvidas sobre como conduzir o estadiamento; na ausência de diagnóstico confirmado de malignidade, mas altamente provável após intervenção cirúrgica; na doença oncológica quando se imponha tratamento emergente e a ausência deste coloque a pessoa em risco de complicações.

A mulher será novamente proposta para reunião multidisciplinar após exame histológico, intolerância a um tratamento por toxicidade, após progressão de doença. No final da cada reunião o secretariado clínico faz a ata da reunião, que arquiva, bem como os relatórios de cada caso clínico discutido com a respetiva decisão.

A Unidade de Mama realiza ainda a consulta multidisciplinar, que consiste numa reunião multidisciplinar com a presença da mulher/família, que deve ser agendada sempre que for previsível a necessidade de observação da pessoa por parte dos participantes na reunião multidisciplinar para tomar uma decisão, ou se preveja

dificuldade de aceitação da proposta terapêutica por parte da pessoa, ou quando se trata de uma segunda opinião.

A observação da pessoa far-se-á no final da reunião, em gabinete médico, sendo elaborado no final da mesma um relatório, que incluirá a proposta terapêutica e será assinado pelo médico assistente e pela pessoa, sendo entregue uma cópia à mulher e outra ficará na unidade.

Relativamente à componente de investigação, o Hospital B possui um programa de medição de resultados clínicos e de qualidade de vida relativos a várias patologias. Na primeira consulta de enfermagem, a enfermeira explica à mulher em que consiste, reforçando que a sua participação é voluntária, confidencial e que pode terminar a sua participação a qualquer momento, confirma o seu telemóvel e e-mail e no final da consulta, caso concorde em participar, introduz os dados da mulher na respetiva base de dados. A partir desse momento a mulher recebe por e-mail um conjunto de questionários, essencialmente relacionados com a qualidade de vida, sendo-lhe solicitado que responda aos mesmos em diversos momentos do seu percurso clínico e de seguimento.

Quanto à componente de produção de conhecimento e investigação na Unidade de Mama, encontra-se atualmente a decorrer um ensaio clínico, contando para isso com a participação da equipa de enfermagem no fornecimento de informação e na orientação das doentes para as respetivas colheitas e preenchimento dos questionários necessários.

Importa ainda referir, que aquando da minha chegada à Unidade de Mama, se encontrava a decorrer um evento de sensibilização da população para a importância da deteção precoce do cancro, no qual as enfermeiras da unidade participaram.

APÊNDICE X

2º Reflexão Crítica de Aprendizagem

1. REFLEXÃO CRÍTICA DE APRENDIZAGEM

1.1. Descrição da Situação - O que aconteceu?

A situação abordada nesta reflexão crítica de aprendizagem ocorreu com a Sr.^a Z, de 42 anos, casada, com dois filhos, com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, instrutora de condução de profissão, com o diagnóstico de carcinoma da mama esquerda invasivo, num estágio inicial e com antecedentes familiares de uma tia materna com cancro de mama diagnosticada aos 45 anos e uma prima materna aos 51 anos. A Sr.^a Z, iniciou o seu processo diagnóstico após uma mamografia de rastreio, no meu segundo local de estágio, tendo sido referenciada para a Unidade de Mama, por apresentar um resultado suspeito.

Após biópsia com pistola guiada por ecografia e exames de estadiamento, recebeu o seu diagnóstico, em contexto de consulta médica e o seu caso foi discutido em reunião multidisciplinar, tendo sido decidida cirurgia conservadora da mama, com marcação prévia com arpão e pesquisa do gânglio sentinela por linfocintigrafia.

Na Unidade de Mama, a equipa de enfermagem é constituída por dois elementos, encontrando-se os horários para marcação de consulta de enfermagem bem definidos num cronograma, para que lhes seja possível responder a todas as solicitações da unidade. Por esta razão, na impossibilidade de realizar consulta de enfermagem de primeira vez, no mesmo dia da comunicação do diagnóstico pela equipa médica, esta deve ser preferencialmente agendada, no prazo máximo de 24h.

O meu primeiro contato com o quadro clínico desta senhora ocorreu no dia da reunião multidisciplinar e por questões administrativas, a consulta de enfermagem ficou agendada para 16 dias após a comunicação do diagnóstico.

Tendo como objetivo acompanhar com proximidade, dignidade e de forma individualizada a mulher com cancro de mama, desde o confronto com o diagnóstico da doença e ao longo do seu processo de tratamento, privilegiando igualmente, o envolvimento da família ou pessoa significativa, a preparação da

consulta de enfermagem e do momento de interação e entrevista com a Sr.^a Z, teve início na véspera, no qual nos subsidiamos do processo clínico, para recolher informações sobre a sua história e debatermos algumas questões relacionadas com o seu diagnóstico e decisão da abordagem terapêutica.

As consultas de enfermagem decorrem num gabinete próprio e acolhedor, em que todo o mobiliário e decoração foi pensada para esse fim, existindo para além de uma secretária de trabalho, uma mesa de reuniões redonda e um sofá, onde decorrem estas entrevistas. A privacidade desse momento é respeitada por todos os elementos da equipa, sendo colocado no manipulo da porta uma sinalética que avisa para o decurso de uma consulta de enfermagem.

Tivemos conhecimento da chegada da Sr.^a Z através do sistema informático e a minha enfermeira orientadora fez questão de ir ao seu encontro na sala de espera. Já no gabinete, após a nossa apresentação e ter consentido verbalmente a minha presença e participação na consulta, a enfermeira questionou-a se teria vindo acompanhada e se pretendia ter alguém presente no decurso da mesma, tendo referido que o marido ficaria à sua espera no carro.

Já sentadas, a enfermeira procurou compreender se sabia qual o intuito da consulta de enfermagem e numa breve explicação, falou sobre o funcionamento da unidade, da equipa multidisciplinar e o objetivo da consulta de enfermagem. À medida que falava era visível que os olhos da Sr.^a Z se iam enchendo de lágrimas e a sua cabeça ia gradualmente se curvando em direção ao colo. Nesse momento, alcancei-lhe o pacote de lenços e a minha enfermeira orientadora fez uma pausa. Perante o seu pedido de desculpa por se encontrar a chorar, validamos que seria normal a sua reação e que poderia expressar as suas emoções.

Contou-nos então o seu percurso até iniciar o seguimento na unidade de mama e que desde que lhe foi dado o diagnóstico está alheada da situação, não quer pensar que “isto” lhe aconteceu e que se deixa seguir pelas ordens médicas (SIC), terminando o seu discurso referindo que não se sente a mesma pessoa (SIC).

Perante a sua afirmação, perguntei em que aspetos não se sente a mesma pessoa, o que levou a Sr.^a Z a explorar as suas rotinas diárias, a sua vida profissional ativa e o seu papel fundamental e muito presente junto dos filhos, sendo o seu

marido camionista e passando alguns períodos fora de casa, sentindo que não dispõe da mesma força que tinha até ao diagnóstico. Enquanto falava, eu e a enfermeira fomos reforçando a sua partilha com uma postura atenta, tranquila e com pequenos reforços como “hum hum”.

Procurando não abordar diretamente a questão de se encontrar em negação, referi que compreendia que se sentisse assim e que perante a receção de uma má notícia, seria expetável que utilizasse mecanismos para suprimir o medo e ansiedade associados, tornando-os menos avassaladores, encontrando-se num processo normal de adaptação, a qual acenou com a cabeça na minha direção, permitindo-me que lhe tocasse no antebraço como forma de conforto.

Completando a minha intervenção, a enfermeira procurou explorar o que lhe teria sido comunicado até ao momento, sobre o seu quadro clínico, referindo que sabia que tinha um tumor num estágio inicial, operável e que pelo tipo de cirurgia teria de realizar radioterapia e tomar um comprimido todos os dias, durante 10 anos (SIC). Falou na família e no grande apoio que recebia do marido e da filha, mas o seu maior receio era a reação do seu filho mais novo, caso houvesse necessidade de se submeter a tratamento sistémico, pelos efeitos secundários na sua imagem e na predisposição para participar nas rotinas diárias. Perante esta informação, a enfermeira validou o conhecimento anteriormente descrito pela Sr.^a Z, acrescentando que até ao momento não existia indicação para quimioterapia, mas que caso se colocasse essa hipótese, seriam discutidas com a Sr.^a Z estratégias para a ajudar a lidar com os efeitos secundários.

Visto esta consulta de enfermagem contemplar uma consulta de 1º vez e uma consulta de seguimento, com intuito de a esclarecer sobre o tratamento que lhe foi proposto pela equipa, a enfermeira questionou a Sr.^a Z sobre o nível de informação e detalhe que gostaria de obter, mencionando que preferia ser informada de tudo.

Deste modo, a enfermeira forneceu informações verbais e escritas e esclareceu as suas dúvidas sobre o percurso no dia da cirurgia, pedindo a minha colaboração no esclarecimento sobre os procedimentos em imagiologia de intervenção e cuidados pós cirúrgicos, discutindo estratégias de gestão com base

nas suas rotinas diárias e familiares, reforçando que seria sempre acompanhada pela enfermeira de referência da unidade no dia da cirurgia e no dia da alta.

No decurso da entrevista, era perceptível que a sua expressão, postura e forma de comunicar demonstravam uma menor reação emocional e um *coping* mais orientado para a identificação de estratégias para a resolução dos problemas.

Numa última etapa e após validação da compreensão da informação transmitida, a enfermeira apresentou à Sr.^a Z a escala de avaliação de *distress*, explicando o seu conteúdo e que seria entregue à psicóloga da unidade para acompanhamento, podendo a Sr.^a Z solicitar uma consulta.

Embora a Sr.^a Z tivesse classificado o seu nível de angústia como superior a 4, referiu no final da consulta de enfermagem, que esta contribuiu para que se sentisse mais esclarecida e acompanhada, tomando a iniciativa de se despedir com maior proximidade, através de um abraço.

Toda a informação recolhida e a intervenção de enfermagem foi registada, em texto livre, no processo clínico da Sr.^a Z.

1.2. Pensamentos e Sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

No percurso de estágio anterior tive o primeiro contato com uma Unidade de Mama. As experiências vividas, a observação e participação na prática de cuidados e a reflexão com os enfermeiros, permitiu-me desenvolver competências, principalmente comunicacionais e educacionais, que contribuíram para que neste segundo estágio me sentisse mais confiante na minha intervenção, bem como na exposição dos meus conhecimentos e reflexões junto da equipa, o que se refletiu numa maior tranquilidade nos cuidados prestados por mim.

Igualmente, a proximidade da realidade institucional do meu segundo campo de estágio com o meu local de trabalho, permitiu que me revisse nas políticas de qualidade e segurança, contribuindo para uma integração mais célere.

Após o episódio descrito, eu e a minha enfermeira orientadora refletimos sobre o impacto que um diagnóstico de cancro tem na vida da mulher e família, a importância da consulta de enfermagem na construção da relação terapêutica e a

utilização da comunicação como instrumento na gestão de más notícias, procurando igualmente identificar os pontos positivos e a melhorar na nossa intervenção.

Para a Sr.^a Z, o diagnóstico de cancro foi considerado como uma “má notícia”, encontrando-se num processo de luto, entre a pessoa saudável e a pessoa portadora de uma doença crónica, com uma conotação de dor, sofrimento e morte e com um impacto significativo a nível físico, psicológico e financeiro para a pessoa e família.

A transmissão de más notícias é um momento complexo, envolto em desconforto para quem comunica e para quem recebe essa informação. A relação de proximidade com os enfermeiros é fundamental na gestão das informações que são transmitidas ao longo da trajetória de doença e observar a forma como os enfermeiros peritos preparam a entrevista, como utilizam as estratégias comunicacionais, verbais e não verbais, como gerem as informações encaradas como más notícias pelas pessoas e famílias e a reação emocional em interações planeadas e não planeadas, foi sem dúvida uma grande aprendizagem para mim.

Esta reflexão conjunta, além de contribuir para o meu autoconhecimento e para que continue a desenvolver competências nesta área de intervenção, demonstra que ao longo do percurso profissional existe sempre espaço para melhoria, mesmo enquanto perita, porque cada vivência é única e irei deparar-me com diferentes respostas perante esta doença, sendo a partilha com os pares e a reflexão sobre a prática um contributo para a melhoria permanente dos cuidados.

1.3. Avaliação - O que foi bom e mau nesta experiência?

Considero que o estudo efetuado por mim sobre a temática, as experiências vividas, as competências desenvolvidas e a perícia da minha enfermeira orientadora, permitiram que sentisse maior confiança para intervir e contribuir com os meus conhecimentos para esta entrevista.

Reconheço igualmente que os recursos físicos já existentes na unidade, em que a interação planeada e não planeada com a equipa de enfermagem, decorre

num gabinete pensado para esse fim e em que existe o cuidado e respeito dos restantes elementos com a privacidade desse momento, é sem dúvida um ponto importante para que possamos intervir com qualidade no acompanhamento da pessoa e família.

No decurso da mesma, continuei a utilizar as orientações relativas à condução de uma entrevista de enfermagem e as estratégias de comunicação de Phaneuf (2005) e como guia orientador o protocolo SPIKES (Buckman, 2005), que me permitiram recolher informações sobre o seu contexto e o impacto que este diagnóstico teria na sua vida pessoal e familiar; fornecer informações sobre o seu tratamento e definir estratégias, em parceria com a Sr.^a Z, relativamente às suas rotinas diárias e familiares; proporcionar suporte emocional, validando os pensamentos e sentimentos, ajudando-a a encontrar estratégias mais focadas na resolução dos problemas; e estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, respeito e empatia.

Relativamente à decisão da enfermeira em aplicar o termómetro de *distress* no final da entrevista, considero que esta reflete a sua experiência, conhecimento, sensibilidade e respeito pela pessoa. A sua escolha teve em consideração o conforto da Sr.^a Z no decurso da primeira interação com equipa de enfermagem e a relação de ajuda que pretendia estabelecer. Pela minha observação, considero que após a nossa intervenção e no final da entrevista, a Sr.^a Z encontrava-se psicologicamente mais capaz para responder sem desconforto ao questionário apresentado.

Como aspeto menos positivo concordamos, que o fato da consulta de enfermagem, ter ocorrido dezasseis dias após a comunicação do diagnóstico, pode ter contribuído para que o seu sentimento de angústia se tivesse prolongado no tempo, devendo o acompanhamento pela equipa de enfermagem ter início o mais precocemente possível.

Igualmente, não consegui compreender e poderia ter explorado, o porquê da Sr.^a Z não reconhecer a necessidade e importância da presença do seu marido na consulta de enfermagem, mas naquele momento apenas respeitei a sua decisão, visto que ainda não dispunha de toda a informação sobre o seu contexto.

1.4. Análise - Que sentido podemos encontrar nesta situação?

É mundialmente reconhecido o impacto que as doenças oncológicas representam para a comunidade e para os serviços de saúde, a nível emocional, físico e económico, sendo premente o investimento na prevenção como estratégia mais económica e eficaz, a longo prazo, no seu controlo e na sua deteção precoce, através do diagnóstico precoce e dos rastreios (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017),

No caso da Sr.^a Z, este não era o seu primeiro rastreio. Encontrava-se a realizar o mesmo de forma personalizada, tendo em conta a sua avaliação de risco e de acordo com as orientações do seu médico assistente, apresentando-se assintomática no estudo mamário que deu origem ao seu diagnóstico.

De acordo com a minha experiência profissional, verifico que a inexistência de sintomas é alvo de algum desconforto por parte da pessoa, tendo sido igualmente referido pela Sr.^a Z, que esperava ter tido algum sinal de alerta. No entanto, a evidência demonstra que 70 a 80% das situações de doença oncológica detetadas num estadio inicial são curáveis, alterando a história natural de uma doença potencialmente incapacitante ou fatal (Martins *et al.*, 2020).

Em 2021, a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), em conjunto com a *MOA/Consulting*, realizou um estudo nacional em que procurou avaliar o impacto económico e psicossocial do cancro da mama em Portugal. Na amostra deste estudo, constituída maioritariamente por mulheres (apenas 3 homens), 63% tinha entre 41 e 55 anos, 75% foi diagnosticada entre os 30 e os 49 anos, 82% foi diagnosticado com doença precoce, 72% estava em remissão e apenas 24% se encontrava em tratamento.

A amostra deste estudo é o reflexo do tema abordado este ano no congresso nacional de senologia “o cancro de mama em idades extremas”, na mulher jovem, abaixo dos 40 anos e na mulher idosa acima dos 70 anos, que coincidem com os grupos etários que estão muitas vezes fora do âmbito dos programas de rastreio de base populacional e que são simultaneamente onde se verifica uma maior

incidência de cancro de mama, representando já uma percentagem muito significativa dos novos diagnósticos de cancro de mama anuais.

Das principais conclusões do estudo realizado pela LPPC, destaca-se que o cancro de mama tem um impacto significativo no bem-estar físico dos doentes, na auto-percepção da imagem corporal e na sua vida sexual; 56% dos doentes tiveram de adiar ou abandonar alguns dos seus projetos de vida pessoais e profissionais; e 41% dos doentes sentiu necessidade de recorrer a apoio psicológico devido à sua doença e destes, metade foi diagnosticada com depressão.

A nível familiar, 87% referem um impacto moderado ou alto ao nível do stress e ansiedade dos amigos e familiares, ainda assim mais de metade considera que não há impacto na união e coesão familiar.

A nível económico, estima-se que o impacto indireto do cancro de mama seja de cerca de 1.376,1 milhões de euros por via dos salários e em média cada doente gastou no último ano cerca de 907€ em diversas componentes relacionadas com a sua doença, como consultas no privado, medicamentos e tratamentos não convencionais.

A Sr.^a Z, começava agora a compreender o impacto que esta doença teria na sua vida pessoal e profissional. Pela sua partilha, compreendemos que era um pilar a nível familiar, assumindo a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos, na ausência frequente e necessária do seu marido. Igualmente, é uma mulher profissionalmente ativa, referindo que conheceu o seu marido enquanto condutora de pesados e que por questões de gestão familiar, com o nascimento dos filhos, optou por uma profissão que fosse compatível com o seu acompanhamento, sentindo-se realizada na sua profissão.

No decurso desta entrevista, além de lhe terem sido fornecidas informações e esclarecimentos sobre seu período de convalescença, procuramos compreender e encontrar estratégias em conjunto com a Sr.^a Z, para superar este período. Embora implicasse a reestruturação das rotinas familiares, o apoio do seu marido e filhos e principalmente a compreensão referida pela Sr.^a Z, por parte da sua entidade empregadora e do marido, foram fundamentais.

A nível financeiro, a existência de um seguro de saúde permitiu que pudesse recorrer com brevidade aos cuidados de saúde necessários, iniciando o seu processo de diagnóstico e tratamento com celeridade, encontrando-se até ao momento confortável com esta questão.

Tendo em conta o impacto económico conhecido desta doença e o fato de nos encontrarmos num contexto de cuidados de saúde privados, as questões financeiras da pessoa e família afetada pelo cancro, passa a ser uma situação que carece da intervenção da enfermagem, quando pela relação de confiança estabelecida, nos é comunicada a dificuldade de adesão terapêutica com base nesta questão, sendo da nossa responsabilidade ética e legal o encaminhamento para os recursos existentes a nível público.

A criação de unidades de mama e a intervenção das equipas multidisciplinares no acompanhamento destas mulheres e suas famílias, pelo cariz complexo e multifatorial desta doença, que exige a atuação de especialistas de diferentes áreas, tendo em consideração o estadio da doença e as suas necessidades individuais, é hoje amplamente recomendada.

A intervenção dos enfermeiros especialistas em oncologia, designados nestas unidades como *“breast care nurses”*, no aconselhamento, no apoio emocional, no fornecimento e esclarecimento de informações, na definição de protocolos e percursos dos doentes e na produção de evidência através da investigação em enfermagem, otimiza o cuidado da pessoa e melhora os seus resultados, sendo defendido que se encontrem disponíveis desde o diagnóstico e ao longo da trajetória de doença (Biganzoli *et al.*, 2020).

Para a Sr.^a Z, toda esta realidade de cuidados era desconhecida até ao momento da suspeita e posterior diagnóstico. Para si, a consulta médica era expetável para comunicação dos resultados e início da sua abordagem terapêutica, mas relativamente à consulta de enfermagem, apenas tinha conhecimento da sua necessidade para que lhe fossem fornecidas informações sobre a cirurgia.

A sua perspetiva relativamente à consulta de enfermagem mudou, após a realização da mesma, tendo para isso contribuído os conhecimentos e

competências avançadas da enfermeira e meus, na preparação e condução da mesma.

Seguindo como guias orientadores as etapas descritas por Phaneuf (2005), na preparação, orientação, exploração e conclusão de uma entrevista e o protocolo SPIKES (Buckman, 2005), numa fase preparatória consultamos o processo clínico da Sr.^a Z, o que nos permitiu evitar questões desnecessárias, criar um ambiente propício à relação de permuta e antecipar dificuldades.

Os primeiros minutos da entrevista revestem-se de particular importância na construção do ambiente da interação (Phaneuf, 2005) e na situação descrita, o cuidado de ir ao encontro da Sr.^a Z na sala de espera, de nos apresentarmos, a existência de um gabinete pensado para este fim, em que o conforto e a privacidade são valorizados e respeitados, a nossa atitude aberta e empática, a validação da presença da pessoa significativa e a iniciativa de começar esta permuta explicando o objetivo da consulta, contribuíram para a criação de uma relação de confiança e de aliança terapêutica essencial à interação (Phaneuf, 2005).

Durante a fase exploratória, a utilização da escuta ativa, permitindo pausas e silêncios, a atenção e incentivo para que exprimisse a suas emoções, a reação empática às mesmas, a repetição da mensagem mais importante, questionando e aprofundando porque não se sente a mesma pessoa, funcionaram como instrumento para reforçar a relação de confiança, respeito e diminuir o seu sentimento de vulnerabilidade, conferindo-lhe de novo o poder sobre a situação (Phaneuf, 2005).

A identificação da informação e percepção da Sr.^a Z sobre o seu quadro clínico e a compreensão sobre o nível de informação que gostaria de obter, permitiu-nos clarificar a nossa percepção, aprofundar e compreender as suas necessidades e dificuldades, reforçar o seu poder de decisão e orientar a nossa ação.

Durante a fase de ensino, a relação estabelecida e informações obtidas, permitiram-nos aumentar e aprofundar os seus conhecimentos sobre a doença e tratamento, e em parceria com a Sr.^a Z explorar estratégias, com base nos seus recursos, para a resolução dos problemas identificados e que poderiam comprometer o seu período de convalescença. A demonstração dos materiais

utilizados, como o arpão, a existência de folhetos explicativos, a verificação frequente da sua compreensão por meio de questões abertas e o reforço positivo da nossa parte, também contribuiu para a eficácia para nossa intervenção.

Na fase de conclusão, o reforço da disponibilidade da equipa para a acompanhar e a existência de uma linha direta de contato com a unidade e com a equipa de enfermagem, foi recebido pela Sr.^a Z com agrado. De igual modo, os registos efetuados após estas entrevistas são considerados pela *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA), como essenciais nos cuidados de enfermagem, promovendo a qualidade, a eficácia e a segurança dos cuidados, podendo o conteúdo destas informações ser consultados por outros elementos da equipa multidisciplinar (Biganzoli *et al.*, 2020).

Deste modo, os recursos internos e externos existentes no contexto da Sr.^a Z, e as características da sua personalidade contribuíram e foram essenciais no seu processo de adaptação a esta nova realidade.

1.5. Conclusão - Que mais poderia ter feito?

A evidência demonstra que o cancro é uma experiência familiar, em que os níveis de sofrimento e angústia nos familiares são iguais ou superiores aos da pessoa com cancro (Calhau, 2022).

A doença oncológica induz uma situação de crise accidental familiar, que ameaça o seu modelo de interação, condicionando projetos futuros e implicando a inversão de papéis e responsabilidades, que dependendo do seu funcionamento mais flexível ou rígido, irão apresentar uma maior ou menor capacidade adaptativa (Calhau, 2022).

A inclusão da família permite, à equipa de enfermagem aceder em profundidade aos recursos e capacidades da pessoa afetada pelo cancro e igualmente avaliar as necessidades e preocupações da pessoa e dos cuidadores, diminuindo a vulnerabilidade da sua principal fonte de suporte, com impacto direto nos cuidados e na qualidade de vida (Calhau, 2022).

Reconhecendo esta realidade, a presença do marido da Sr.^a Z no decurso desta entrevista, revestia-se de especial importância, no entanto, naquele momento e sem informação específica sobre o seu contexto, limitei-me a respeitar a sua decisão.

1.6. Planear a Ação - Se acontecesse de novo, o que faria?

Havendo a possibilidade de repensar o planeamento desta entrevista, no dia da reunião multidisciplinar, em que o caso da Sr.^a Z foi debatido e em que tivemos o primeiro contato com a sua situação, poderíamos ter confirmado o agendamento da consulta de enfermagem. Esta validação, permitiria diminuir o tempo que se encontrou sem o apoio e intervenção da equipa de enfermagem.

Considero também, que teria sido benéfico para a Sr.^a Z, o agendamento de dois momentos distintos de entrevista de enfermagem. Uma consulta de enfermagem de primeira vez, que na impossibilidade de se realizar no próprio dia da comunicação do diagnóstico, fosse agendada até 24h após, na qual a enfermeira estabelece uma relação de natureza terapêutica, ajudando a Sr.^a Z a gerir as informações e emoções associadas ao seu diagnóstico de cancro. De acordo com Phaneuf (2005), esta entrevista de relação de ajuda e de suporte psicológico, tem como consequência, uma diminuição da sua ansiedade e a capacidade de clarificar o seu problema, encarando-o de forma mais realista ou antevendo uma solução para as suas dificuldades.

Num segundo momento, seria efetuada uma entrevista de seguimento, com o objetivo de fornecer informações e esclarecer dúvidas sobre a abordagem terapêutica proposta pela equipa multidisciplinar, aumentando ou aprofundando o seu conhecimento e promovendo a sua autonomia, não dissociando a necessidade, de no decurso da mesma, proporcionar suporte e compreensão perante as suas emoções e dificuldades identificadas (Phaneuf, 2005).

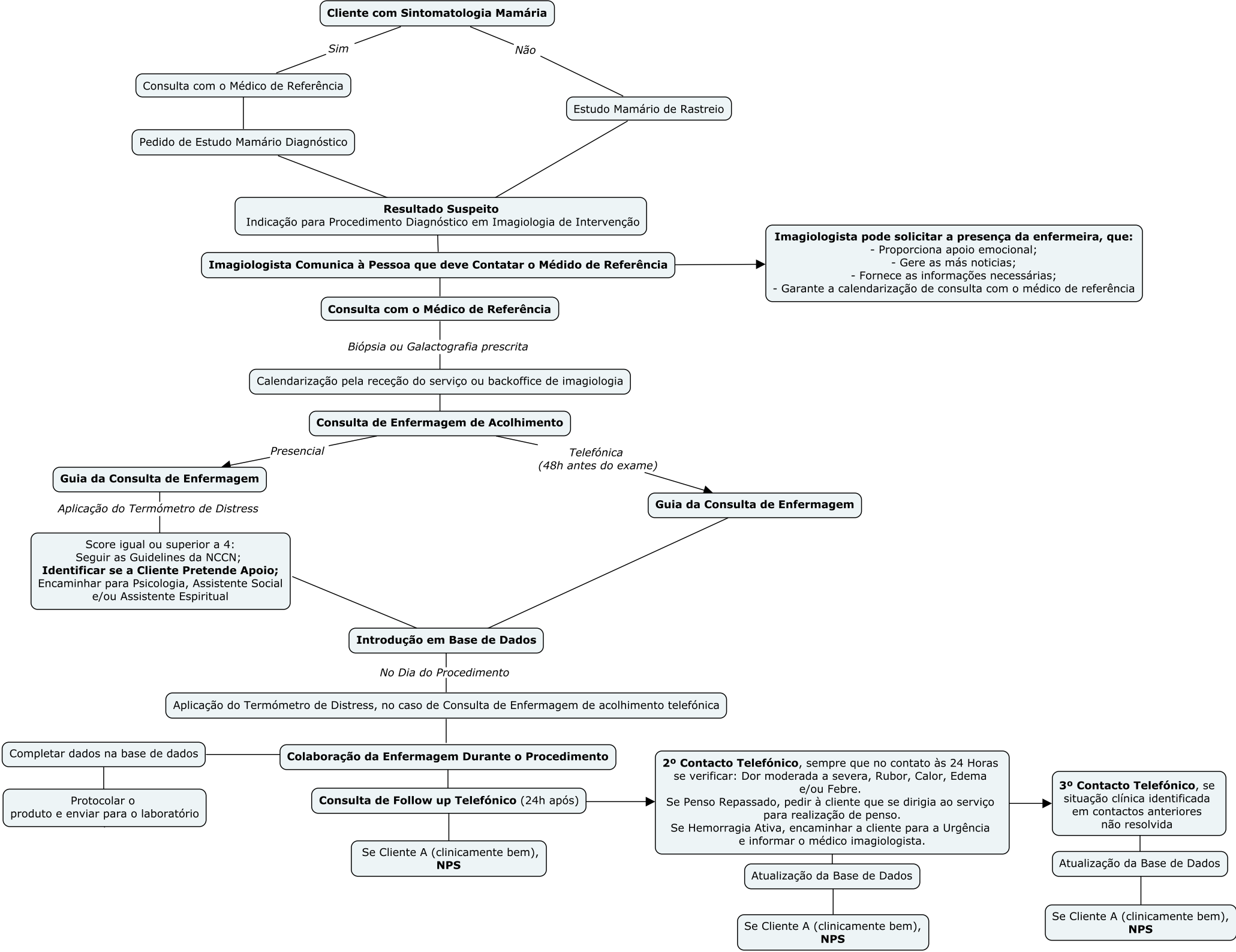
Acredito que esta abordagem também teria contribuído para a inclusão da família, caso a Sr.^a Z consentisse, permitindo-nos uma identificação mais abrangente e em profundidade das necessidades da sua rede de suporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biganzoli, L., Cardoso, F., Beishon, M., Cameron, D., Cataliotti, L., Coles, C., Delgado Bolton, R., Trill, M., Erdem, S., Fjell, M., Geiss, R., Goossens, M., Kuhl, C., Marotti, L., Naredi, P., Oberst, S., Palussière, J., Ponti, A., Rosselli Del Turco, M., ... Poortmans, P. (2020). The requirements of a specialist breast centre. *Breast*, 51, 65–84. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003>
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142. <https://medicine.usask.ca/documents/pgme/educational-resources/breaking-bad-news-spikes-model---psychosocial-onc---2005.pdf>
- Calhau, J. (2022). Não há doentes com cancro. Há famílias com cancro. In A. Belshior & A. Parreira (Eds.), *A Tecnologia ao Serviço da Humanização dos Cuidados em Oncologia* (1st ed., pp. 151–160). Fundação Champalimaud.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC). (2021). *Impacto Económico e Psicossocial do Cancro da Mama em Portugal*. <https://www.ligacontracancro.pt/impactocamama/>
- Martins, M., Pais, H., & Ribeiro, L. (2020). Abordagem diagnóstica da neoplasia da mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Eds.), *Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama* (1st ed., pp. 81–92). edit.on.lab.lda. https://www.sponcologia.pt/download/manual_oncologia_spo.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Guide to Cancer Early Diagnosis*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

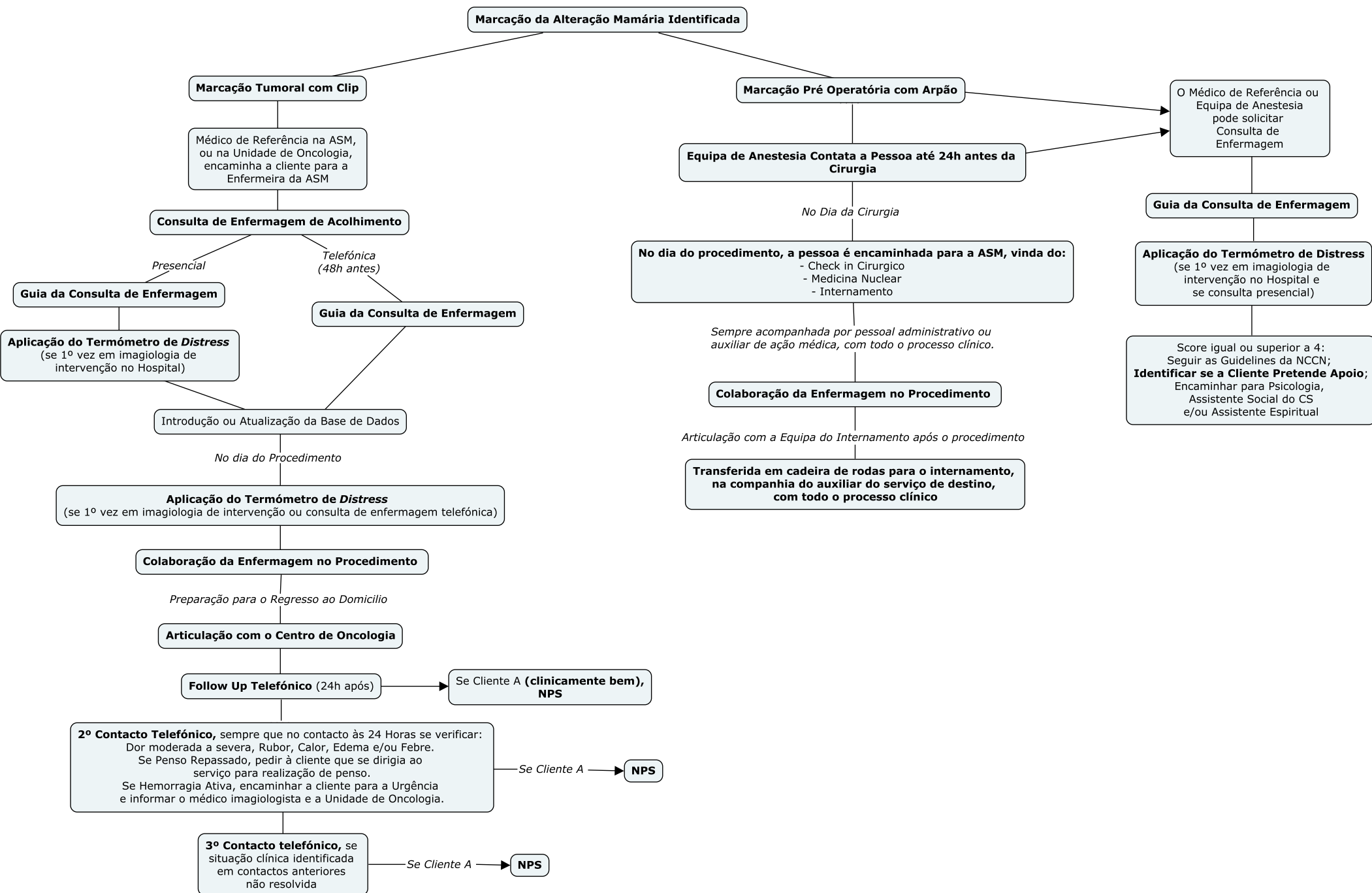
APÊNCIDE XI

Fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção - fase
diagnóstica



APÊNCIDE XII

Fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção - fase de
tratamento

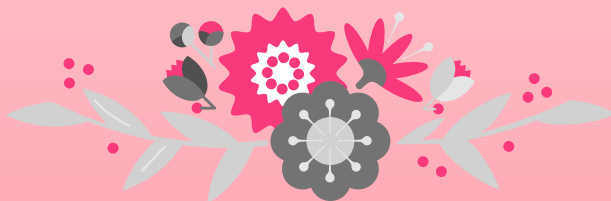


APÊNCIDE XIII

Guia orientador da consulta de enfermagem à mulher submetida a procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção

Guia Orientador

Consulta de Enfermagem à Mulher
Submetida a Procedimentos
Invasivos da Mama, em Imagiologia
de Intervenção



Ana Filipa Inácio da Fonseca Fernandes

Lisboa
Fevereiro 2023



“Podemos eliminar o medo e a incerteza que advém do diagnóstico de cancro, e substituí-lo por determinação, por dignidade e esperança.”

Stella Kyriakides

Siglas e Abreviaturas:

ASM – Área da Saúde da Mulher

BAV – Biópsia Assistida por Vácuo

BRCA – *Breast Cancer Gene*

CO – Centro de Oncologia

DGS – Direção-Geral da Saúde

Europa Donna - *European Breast Cancer Coalition*

ESMO - *European Society for Medical Oncology*

IARC – *International Agency For Research on Cancer*

NCCN - *National Comprehensive Cancer Network*

NPS – *Net Promoter Score*

NURSE – *Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPIKES – *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and summary*

Índice

Introdução.....	6
1. Organização e princípios orientadores da consulta de enfermagem.....	10
2. Consulta de enfermagem de acolhimento.....	12
2.1 Aspectos organizacionais.....	12
2.2 Etapas da Entrevista de Enfermagem	13
2.2.1 Fase preparatória e de orientação da consulta	15
2.2.2 Fase exploratória da consulta	16
2.2.3 Fase de conclusão da consulta.....	18
3. Plano educativo à mulher e família em imagiologia de intervenção	19
3.1 Informações gerais dos procedimentos invasivos em imagiologia de intervenção	19
3.2 Biópsias guiadas por imagem.....	20
3.3 Galactografia	22
3.4 Marcação tumoral com clip para quimioterapia neoadjuvante	23
3.5 Marcação pré-operatória com arpão guiada por ecografia ou estereotáxia	23
3.6 Anestesia local	24
3.7 Complicações associadas.....	25
3.8 Tempo de espera dos resultados.....	25
3.9 Cuidados pós biópsia	26
4. Consulta de enfermagem de <i>follow up</i> telefónico	27
4.1 Aspectos organizacionais.....	27
4.2 Etapas da consulta	28
4.2.1 Fase preparatória e de orientação da consulta	28
4.2.2 Fase exploratória da consulta	28
4.2.3 Fase de conclusão da consulta.....	29
Referências bibliográficas	30

APÊNDICES

APÊNDICE I – Fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção - fase diagnóstica

APÊNDICE II – Fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção
- fase tratamento

APÊNDICE III – Instrumento de colheita de dados orientador da consulta de enfermagem de acolhimento

APÊNDICE IV – *Check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de acolhimento

APÊNDICE V – *Check-list* da consulta de enfermagem de *follow up* telefónico

Introdução

O cancro de mama é o cancro mais comumente diagnosticado nas mulheres, sendo responsável por 1 em cada 4 casos anuais de cancro em todo o mundo (*European Breast Cancer Coalition* [Europa Donna], 2023a). Reconhece-se hoje a importância da prevenção como a estratégia mais eficaz e com menos custos, a longo prazo, no controlo do cancro (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017), existindo estudos da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) que demonstram que um terço de todos os casos de cancro de mama, podem ser prevenidos na Europa através da manutenção de um estilo de vida saudável (Europa Donna, 2023b).

A prevenção primária consiste num conjunto de estratégias que contribuem para prevenir e proteger a pessoa de desenvolver cancro de mama. O investimento na atividade física, numa dieta equilibrada e na manutenção de um peso corporal normal são três escolhas de estilo de vida simples, mas cruciais, na diminuição desse risco (Europa Donna, 2023c).

A prevenção secundária refere-se às técnicas usadas para detectar o cancro de mama, principalmente em estádios iniciais, nas quais se inclui a mamografia como técnica de eleição e a consciencialização das mulheres sobre as características das suas mamas, pois embora existam estudos que demonstram que o auto-exame da mama não reduz as mortes associadas a este cancro, esta estratégia irá permitir que procurem aconselhamento médico se detetarem alterações (Europa Donna, 2023d).

A incidência do cancro de mama aumentou desde a introdução da mamografia e continua a crescer com o envelhecimento da população. No entanto, em muitos países, incluindo Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021), a taxa de mortalidade diminuiu nos últimos anos devido à deteção precoce e à melhoria dos resultados terapêuticos, por meio dos rastreios de base populacional e dos programas de sensibilização (Europa Donna, 2023e).

Assim, de acordo com as recomendações europeias, todas as mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 74 anos devem realizar mamografia e esta deve ser realizada a cada dois a três anos, dependendo do grupo etário, diminuindo o risco de sobre diagnóstico (*European breast cancer guidelines*, 2023a).

Esta estratégia permite a deteção do cancro de mama num estadio inicial, o início de tratamentos antes que a doença se torne invasiva e diminuir a necessidade de terapias mais agressivas com mais efeitos adversos (Europa Donna, 2023e).

No caso de mulheres, com idades compreendidas entre 45 e 74 anos, assintomáticas e com rastreios anteriores em que foi identificada uma maior densidade mamária, as orientações europeias passam pela realização de tomossíntese mamária digital, uma técnica de imagem 3D, com o potencial de aumentar a visualização e superar a sobreposição de tecidos, melhorando assim a deteção de lesões mamárias (*European Breast Cancer Guidelines*, 2023b).

Nas mulheres que apresentam um risco de cancro de mama superior à média, nas quais se incluem as mulheres com história familiar de cancro de mama e portadoras comprovadas de mutação BRCA 1 e 2, a *European Society for Medical Oncology* [ESMO] (Cardoso *et al.*, 2019) recomenda ressonância magnética e mamografia anuais (no mesmo ano ou em anos alternados).

O diagnóstico de cancro de mama baseia-se numa tripla avaliação, na qual se inclui um exame objetivo, em combinação com técnicas de imagem e confirmação por abordagem histológica através de biópsia guiada por técnica de imagem (Biganzoli *et al.*, 2020).

Encontra-se também recomendado que qualquer abordagem terapêutica deve seguir os mais altos padrões e diretrizes reconhecidos, nos quais se inclui uma avaliação contínua por uma equipa multidisciplinar, devendo os enfermeiros especialistas em cancro de mama encontrar-se disponíveis e deter conhecimentos avançados definidos pela *European Oncology Nursing Society* no seu plano curricular (Eicher *et al.*, 2012).

No decurso do processo de diagnóstico, os avanços da medicina e tecnológicos no rastreio, na deteção precoce e no tratamento do cancro de mama têm permitido classificar os procedimentos realizados, em imagiologia de intervenção, como minimamente invasivos. Embora de natureza “mínima”, estes procedimentos encontram-se envoltos em ansiedade, medo, stress, incerteza associada ao procedimento, ao possível diagnóstico de um cancro ou até mesmo ao sucesso dos tratamentos, exigindo profissionais cada vez mais qualificados para prestar cuidados de qualidade, seguros e

que respondam às necessidades físicas e psicológicas individuais de cuidados destas mulheres/famílias.

Assim, de acordo com a evidência sobre a intervenção de enfermagem nos procedimentos invasivos da mama, em imagiologia de intervenção, verifica-se que o enfermeiro possui um papel fundamental (Boyd & Fine, 2007; Carroll, 2006; Harding, 2014; Harding, 2015; Musa *et al.*, 2020; Vogel, 2011):

- 1) Na avaliação e gestão da angústia, através da utilização de escalas;
- 2) No fornecimento de apoio psicoemocional à mulher e família;
- 3) No fornecimento de apoio educacional, baseado na avaliação das necessidades de informação da pessoa e família;
- 4) Na coordenação dos cuidados, facilitando a comunicação com os restantes prestadores e o acesso aos mesmos;
- 5) Na prestação de cuidados durante o procedimento;
- 6) Na promoção da literacia em saúde, no âmbito dos rastreios.

Deste modo, quando adequadamente informada, a mulher lida melhor com a possibilidade de um diagnóstico de cancro, tem maior confiança na equipa prestadora de cuidados, encontra-se mais preparada para participar na tomada de decisão sobre as hipóteses terapêuticas (Harding, 2015), o que resulta numa redução da ansiedade e no aumento da satisfação com os cuidados de saúde (Tuck & Krenzischek, 2020).

Na nossa instituição, temos como missão saber cuidar das pessoas e das suas famílias, através da melhoria contínua de uma experiência de excelência, humana e próxima, em que a qualidade é uma prioridade e o sucesso assenta no compromisso inequívoco e na motivação de todos os colaboradores para participar em programas de melhoria contínua.

O Centro de Oncologia (CO), da referida instituição é atualmente o espelho dessa melhoria contínua, procurando oferecer uma assistência integrada de alta complexidade, humanizada e centrada nas necessidades, e na segurança de todos os doentes.

Em articulação permanente com o CO, a equipa médica e de enfermagem da Área da Saúde da Mulher (ASM), integra a equipa interdisciplinar da mama, sendo o serviço de referência da especialidade médica de senologia, onde decorrem os estudos mamários

de rastreio e diagnóstico, os procedimentos em imagiologia de intervenção e as consultas de especialidade de senologia e cirurgia mamária.

Deste modo, no âmbito da melhoria dos cuidados prestados, com base na evidência de que o enfermeiro detém as competências necessárias para fornecer informação, proporcionar suporte, capacitar estas mulheres para os exames necessários e para a tomada de decisão (Harding, 2014; Harding, 2015), no código deontológico do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015) e no Parecer N.º 53/2021 (OE, 2021), foi elaborado este guia orientador, que uniformiza os procedimentos na realização da consulta de enfermagem de acolhimento e *follow up* telefónico. Os seus objetivos são:

- Descrever de modo sistemático, os procedimentos metodológicos e estruturais da consulta de enfermagem de acolhimento e *follow up* telefónico, à mulher com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, submetida a procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção;
- Definir o plano educativo adequado e que contribui para a preparação física e psicológica da mulher, submetida a estes procedimentos;
- Definir o conjunto de metodologias, procedimentos e instrumentos de trabalho que irão guiar a intervenção de enfermagem, na realização da consulta.

Reconhecendo que a comunicação é um instrumento fundamental na prestação de cuidados oncológicos, as orientações que a seguir se descrevem, articulam a obra de Phaneuf (2005), “Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação”, o protocolo SPIKES (Buckam, 2005) em concomitância com o acrónimo NURSE (Kaplan, 2010) e a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel (1988,1990).

1. Organização e princípios orientadores da consulta de enfermagem

O CO da referida instituição, em parceria com a ASM, atende mulheres com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama em qualquer estadio e ao longo da trajetória de doença. A consulta médica pode ser calendarizada de forma presencial ou telefónica, ao abrigo de acordos com seguradoras, subsistemas do serviço nacional de saúde ou como particular, podendo escolher a especialidade de oncologia, senologia ou cirurgia mamária, e o médico com quem deseja efetuar a mesma.

A ASM é responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho reprodutor na mulher e neste âmbito, é igualmente neste serviço que decorrem os estudos mamários de rastreio, de forma personalizada, e em contexto diagnóstico, perante a presença de sintomatologia.

Perante um rastreio mamário suspeito realizado na ASM, com indicação para procedimento invasivo diagnóstico, em imagiologia de intervenção, o médico imagiologista comunica à mulher a necessidade de entrar em contato com o médico assistente, disponibiliza o relatório do exame com a máxima brevidade e pode solicitar o apoio da equipa de enfermagem, que proporciona apoio emocional, gere a má notícia, fornece as informações necessárias e ajuda na calendarização da consulta com o médico de referência (Apêndice I).

Caso o médico de referência realize consultas na ASM, a enfermeira deve verificar a disponibilidade de agendamento da consulta para o próprio dia ou até 72h após a comunicação do imagiologista.

Após consulta com o médico de referência da ASM ou do exterior, as mulheres que realizem a marcação do procedimento invasivo diagnóstico, de forma presencial no serviço, serão encaminhadas pela receção para a consulta de enfermagem de acolhimento, agendada para o próprio dia, na qual é colhida informação, proporcionado apoio emocional, aplicado o termómetro de *distress*, fornecidas informações sobre o procedimento e introduzidos os dados na base de dados definida.

Caso a marcação do procedimento ocorra telefonicamente, a consulta de enfermagem de acolhimento ocorre telefonicamente até 48h antes do mesmo, sendo

pedido à equipa administrativa o agendamento de “Teleconsulta”. No início do telefonema, o enfermeiro deve proceder à sua apresentação, explicar o objetivo do telefonema e pedir o seu consentimento verbal para a sua realização. No caso das 48h prévias ao procedimento, serem coincidentes com um sábado/domingo/feriado, a consulta será realizada nas 72 horas anteriores. Igualmente neste contexto, o termómetro de *distress* será aplicado presencialmente no dia do procedimento.

Seguindo as orientações da *National Comprehensive Cancer Network* [NCCN] (Riba *et al.*, 2022) sobre a gestão do *distress*, perante um *score* igual ou superior a 4 e mediante o problema identificado, o enfermeiro é responsável por identificar se a mulher pretende apoio e referenciar para psicologia, assistente social ou assistente espiritual, podendo pedir a colaboração do CO neste processo.

No decurso dos procedimentos invasivos em imagiologia de intervenção, o imagiologista conta com a colaboração permanente de uma enfermeira, um técnico de radiologia e uma auxiliar de ação médica.

A consulta de *follow up* telefónico ocorre 24h após o procedimento, sendo agendada pela equipa administrativa no final do mesmo uma “Teleconsulta de *Follow up*”. Nesta consulta é avaliada a presença de complicações, a necessidade de referenciar para observação médica ou de enfermagem, a necessidade de nova teleconsulta, a existência de consulta de especialidade calendarizada no prazo máximo de 10 dias úteis, para comunicação dos resultados, e a satisfação da mulher com os cuidados prestados, de acordo com sistema *Net Promoter Score* (NPS), se neste telefonema de *follow up*, a pessoa for classificada como clinicamente bem.

Após o diagnóstico de cancro de mama, os casos clínicos são discutidos individualmente pela equipa interdisciplinar da mama, na qual se encontra presente: o oncologista, o cirurgião mamário, o imagiologista, o médico de medicina nuclear, o médico da radioterapia, o enfermeiro da ASM e a representante administrativa.

Mediante a abordagem terapêutica a mulher pode ainda ser proposta para marcação tumoral com clip para quimioterapia neoadjuvante e/ou marcação pré-operatória com arpão, encontrando-se o seu percurso definido no fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção – fase tratamento (Apêndice II).

2. Consulta de enfermagem de acolhimento

2.1 Aspetos organizacionais

População alvo: mulheres com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, propostas para procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, na ASM

Local da consulta: Sala de Enfermagem 1 ou 2

Horário da consulta: das 8h às 20h (dias úteis)

Número de consultas diárias: quatro consultas de 1º vez

Tempo previsto: 45 a 50 minutos

Material de apoio:

- ✓ Guia Orientador da Consulta de Enfermagem à Mulher Submetida a Procedimentos Invasivos da Mama, em Imagiologia de Intervenção;
- ✓ Instrumento de colheita de dados orientador da consulta de enfermagem de acolhimento (Apêndice III);
- ✓ *Check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de acolhimento (Apêndice IV);
- ✓ Folheto explicativo de biópsia mamária.

Objetivos específicos da consulta de enfermagem de acolhimento:

- Acolher a pessoa e família com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, proposta para procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção;
- Estabelecer uma relação de ajuda com a mulher/família, contribuindo para o seu processo de adaptação a um diagnóstico de cancro de mama;
- Apoiar a mulher e família com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama;
- Reconhecer, monitorizar, documentar a angústia, através da aplicação do termómetro de *distress*.

- Antecipar proactivamente as necessidades da mulher/família, identificando potenciais problemas ou problemas atuais, definindo estratégias em parceria para a resolução dos mesmos ou referenciando-a atempadamente e adequadamente para outros profissionais.
- Educar e informar a mulher/família sobre os procedimentos invasivos de mama, aumentando o seu sentido de controlo sobre a situação, a sua confiança na equipa interdisciplinar da mama, preparando-a para a tomada de decisão terapêutica, reduzindo a sua ansiedade e aumentando a sua satisfação com os cuidados.
- Garantir que cumpre todos os requisitos para a realização do procedimento, validar a compreensão sobre o consentimento e clarificar expectativas.

2.2 Etapas da Entrevista de Enfermagem

A entrevista de enfermagem enquanto encontro previsto e planeado, é uma conversa de carácter profissional, entre a pessoa que ajuda e a pessoa/família que necessitam de ajuda, com o intuito de colher dados, fornecer informação, esclarecer dúvidas, proporcionar apoio psicológico e contribuir para a resolução de problemas (Phaneuf, 2005).

Os principais instrumentos que um enfermeiro dispõe são as suas próprias capacidades e habilidades de relação e comunicação, utilizando igualmente a sua sensibilidade, perspicácia e capacidade de observação, para obter a informação de que tem necessidade e paralelamente apoiar a pessoa que se exprime, ajudando-a a clarificar o que comunica e reconfortando-a quando invoca temas sensíveis e difíceis (Phaneuf, 2005).

O cancro continua na atualidade e apesar dos avanços da medicina, da melhoria dos resultados terapêuticos e da sobrevida a ter uma conotação negativa, com um impacto significativo a nível pessoal, familiar, profissional, social e económico, não se restringindo apenas à pessoa afetada pelo cancro, mas também à sua família, condicionando projetos futuros, implicando a inversão de papéis e responsabilidades (Pereira, 2008).

Perante a presença de sintomatologia ou pela existência de um rastreio suspeito, Kreitler (2019) considera que neste momento, a pessoa compreende que todas as suas dúvidas, medos e pensamentos podem ser reais, sendo considerada a possibilidade de um cancro. Esta é a fase mais difícil para a pessoa, sentindo-se vulnerável, rodeado de incerteza e medo, ansioso e preocupado com a gravidade da doença (Pereira, 2008).

A experiência prolongada de angústia durante o processo diagnóstico influencia, no caso de um resultado benigno, a sua adesão aos rastreios necessários e no caso das mulheres diagnosticadas com cancro de mama, os seus resultados terapêuticos (Montgomery & McCrone, 2010)

A incerteza na doença é definida, de acordo com Mishel *et al.* (2002) como a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença e ocorre quando a pessoa não dispõe da informação e conhecimento necessários para totalmente compreender o evento, aumentando quando não pode usufruir da sua educação, rede de suporte ou da relação com os prestadores de cuidados para adquirir esta informação e conhecimento. A incerteza também aumenta quando a falta de informação ou compreensão é intensificada por eventos como dor, doença ou medicamentos.

Segundo Mishel *et al.* (2002), perante esta incerteza, a pessoa não consegue desenvolver uma estrutura cognitiva para os eventos relacionados à doença, dificultando a tomada de decisão e inibindo o desempenho, resultando num *coping* mais orientado para as emoções e menos orientado para a resolução do problema e uma menor adaptação psicológica. Se este mecanismo de *coping*, orientado para a emoção não for seguido de um *coping* orientado para o problema a pessoa não será capaz de lidar com a incerteza e desenvolver mecanismos para a gerir. Reconhecendo que a incerteza estará presente ao longo da sua trajetória de doença, torna-se necessário a aplicação de estratégias que permitam uma reestruturação cognitiva focada na resolução do problema, na melhoria da comunicação entre a pessoa e os cuidadores e o fornecimento de informações adequadas às suas necessidades.

Assim, os níveis de angústia variam em função da forma como a pessoa avalia e gere o evento, com base nas características da sua personalidade e na avaliação dos recursos para se adaptar a uma vida com cancro (Harding, 2014).

A relação de proximidade dos enfermeiros com a pessoa/família e o reconhecimento de que as competências comunicacionais são “a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente” (Querido *et al.*, 2006, p. 359), torna a sua intervenção essencial.

No entanto, na área de intervenção oncológica e no âmbito da comunicação deparamo-nos diariamente com a questão da transmissão e gestão de más notícias, que de acordo com Ferreira e Alves (2019) é algo complexo e passível de ser fonte de desconforto tanto para a pessoa e família, pela experiência de doença e pela necessidade de readaptação permanente, como também para o profissional ao qual é exigida perícia e treino das técnicas comunicacionais, conhecimento das estratégias e protocolos de atuação neste âmbito e capacidade de gerir as suas próprias emoções.

2.2.1 Fase preparatória e de orientação da consulta

- Consultar o processo clínico obtendo o máximo de informação possível, sobre a pessoa e quadro clínico atual (antecedentes pessoais, familiares, registos médicos e de enfermagem, resultados de exames recentes, entre outros), podendo igualmente recorrer a outras fontes como colegas de enfermagem, equipa médica ou outros profissionais de saúde.
- Providenciar um gabinete de enfermagem em que seja garantida a privacidade da pessoa.
- Garantir que a consulta de enfermagem decorre sem interrupções. Neste ponto em particular, desligar o som do telefone pessoal e do gabinete, bem como informar a restante equipa do gabinete onde a consulta irá decorrer.
- Promover um clima propício ao intercâmbio, tendo o cuidado de ir ao seu encontro na sala de espera, confirmar a sua identidade de acordo com a meta 1, possibilitar e validar a sua vontade de estar acompanhada no decurso da mesma e apresentar-se, enunciando as suas funções no serviço.
- Apresentar, se possível, o serviço e a restante equipa.
- Garantir um ambiente calmo, disponível e confortável para a pessoa/família, evitando barreiras estruturais, posicionando-se de forma visível para ambos e

colocando-se à sua escuta, mantendo o contato visual, por períodos não muito prolongados, começando por explicar qual o objetivo da consulta e pedindo a sua colaboração para ocupar algum do seu tempo.

- Observar a expressão facial e o comportamento não verbal da pessoa/família, percebendo a sua disponibilidade afetiva e intelectual.

2.2.2 Fase exploratória da consulta

A entrevista é um momento de forte escuta ativa, exigindo que o enfermeiro se distancie dos seus próprios problemas e que se foque inteiramente no conjunto de mensagens transmitidas pela pessoa, sejam acontecimentos, fatos, contexto, sofrimento e emoções sentidas, diminuindo o seu sentimento de vulnerabilidade e conferindo-lhe de novo poder sobre a situação (Phaneuf, 2005).

- Avaliar através da utilização de perguntas abertas e sempre com precaução, o que a pessoa sabe e percebe sobre o seu quadro clínico, podendo iniciar a entrevista questionando-a: “O que é que sabe em relação ao seu quadro clínico?”, “O que é que lhe foi explicado pelo seu médico?”, “O que é que sabe em relação ao procedimento que vai realizar?”;
- Avaliar e aprofundar, com sensibilidade e sem ser intrusivo, as preocupações e necessidades da pessoa/família (por exemplo, “Quais são as suas preocupações atuais?”, “Que questões precisa de ver respondidas?”, “Que alterações ocorreram nas suas rotinas desde que foi confrontada com esta situação?”, “Quais os aspetos que têm tido mais dificuldade em lidar?”);
- Reforçar a sua partilha com a utilização de expressões que permitam que a pessoa/família identifiquem que está atento (por exemplo, “continue”, “estou a ouvi-la”, “hum, hum...”);
- Manter uma postura de receptividade, permitir pausas e silêncios, repetir informação importante, tendo em atenção a comunicação não verbal do enfermeiro;

- Permitir espaço para a expressão de sentimentos por parte da mulher/família, respondendo de forma empática às suas emoções e validando que é natural ter reações emocionais (por exemplo, “É natural que esta informação a deixe perturbado”) e ter disponível lenços de papel;
- Clarificar e validar as nossas percepções e as da mulher/família, utilizando frases como, “parece-me que o que está a dizer é”;
- Sugerir estratégias com base nas suas rotinas e gostos pessoais para a mediação da angústia;
- Preencher o instrumento de colheita de dados orientador da consulta de enfermagem;
- Identificar o nível de informação que a mulher/família pretende receber;
- Transmitir a informação de forma clara, utilizando palavras e frases adequadas à sua compreensão e tendo em consideração os antecedentes culturais e crenças sobre a saúde da mulher/família;
- Informar sobre o procedimento invasivo da mama prescrito, sobre os cuidados pós procedimento e gerir expectativas, seguindo a *check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de acolhimento e fornecer o folheto explicativo do mesmo;
- Definir estratégias, em parceria com a mulher /família, com base nos problemas atuais ou potenciais identificados.
- Aconselhar e providenciar o seu encaminhamento para outro profissional caso a questão identificada ultrapasse a nossa competência.
- Realizar um resumo da informação transmitida e validar a sua compreensão.
- Demonstrar disponibilidade para manter o seu seguimento, facultando os contatos do serviço e reforçando que será contactado 24h após o mesmo, conforme o protocolo instituído (*follow-up*).
- Garantir o agendamento da consulta médica de especialidade ou caso o médico seja externo à instituição orientar a mulher/família para o período em que esta deve agendar a respetiva consulta.

2.2.3 Fase de conclusão da consulta

Após o término da consulta de enfermagem e mantendo a postura de disponibilidade, a mulher/família devem ser acompanhados até à sala de espera. Nos momentos seguintes, o enfermeiro deve terminar de preencher o instrumento de colheita de dados informático, disponível no plano de trabalho de enfermagem e completá-lo, em texto livre, com a informação adicional recolhida e as intervenções aplicadas, contribuindo assim para a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados. Igualmente, deve introduzir os dados necessários na base de dados de imagiologia de intervenção.

3. Plano educativo à mulher e família em imagiologia de intervenção

Após a avaliação e gestão da angústia pode ser fornecida informação, de acordo com o nível de conhecimento que a pessoa/família pretende obter e os seus antecedentes culturais e crenças sobre a saúde, adequando os materiais utilizados em termos de linguagem e literacia (Vogel, 2011), na forma verbal e escrita.

Relativamente às suas necessidades de informação, as mulheres pretendem esclarecimentos sobre a preparação para o procedimento, a descrição do que podem vir a sentir (dor ou desconforto), o tipo de informação que irão obter com os respetivos exames, os cuidados pós procedimento e quando os resultados estarão disponíveis (Harding, 2015; Vogel, 2011).

A consulta do processo clínico previamente a esta etapa torna-se essencial, para que o enfermeiro tenha conhecimento sobre o tipo de biópsia ou procedimento invasivo proposto pelo médico de referência e pelo médico imagiologista, selecionando as informações adequadas, a seguir descritas.

3.1 Informações gerais dos procedimentos invasivos em imagiologia de intervenção

- No dia do procedimento deve trazer consigo todos os exames realizados até ao momento e que justifiquem o mesmo.
- Os procedimentos em imagiologia de intervenção não necessitam de jejum prévio, sendo recomendada a ingestão de refeições ligeiras. No caso da marcação pré-operatória com arpão, a mulher deve seguir as indicações da equipa de enfermagem de anestesia.
- A toma de medicação diária é recomendada.
- Em caso de medicação antiagregante e anticoagulante deve ser consultado o seu médico de referência nos dias antes da realização do procedimento (Bick *et al.*, 2020).

- É contraindicado a toma antes e após o procedimento de ibuprofeno, tal como outros AINE, pois pode inibir a agregação plaquetária e prolongar o tempo de hemorragia em doentes normais, bem como mascarar sinais de infeção.
- Recomenda-se o uso de roupa confortável, fáceis de vestir e despir e de soutien, preferencialmente sem aros.
- É recomendado que compareça acompanhada no dia do procedimento. O acompanhante irá aguardar na sala de espera durante a realização do procedimento.

3.2 Biópsias guiadas por imagem

- A biópsia mamária guiada por imagem representa uma técnica fundamental para a caracterização anatomopatológica de lesões mamárias suspeitas (palpáveis ou não), sendo considerado um procedimento seguro, económico, que permite um diagnóstico preciso e fundamental para a tomada de decisão adequada quanto ao plano terapêutico (Bick *et al.*, 2020)
- A biópsia mamária guiada por imagem tem substituído a biópsia excisional (ou cirúrgica) pela abordagem minimamente invasiva e pelas características anteriormente descritas. No caso de uma biópsia, da qual resulte um diagnóstico patológico de uma lesão de alto risco, pode ser sugerido pelo imagiologista ou médico de referência repetir biópsia, biópsia excisional ou vigilância por técnicas de imagem (Bick *et al.*, 2020), sendo a sua capacidade de gestão da ansiedade também valorizada nesta tomada de decisão.
- As biópsias mamárias guiadas por imagem incluem, a biópsia aspirativa por agulha fina guiada por ecografia; microbiópsia ou core biópsia guiada por ecografia; biópsia assistida por vácuo [BAV] guiada por ecografia, estereotaxia ou ressonância magnética.
- A escolha do tipo de biópsia tem em consideração o tipo de lesão, a sua dimensão, a sua localização, as dimensões da mama e a técnica de imagem que permite a sua visualização. No entanto, sempre que a lesão for bem identificada por ecografia mamária esta deve ser a técnica de imagem preferencial, pela fácil

abordagem e a curta duração do procedimento (experiência mais confortável para a mulher), bem como um menor custo (Bick *et al.*, 2020).

- A biópsia aspirativa por agulha fina guiada por ecografia, permite a obtenção de células para estudo citológico, podendo ser utilizada na presença de gânglio axilar suspeito ou para alívio do desconforto no caso de um quisto mamário sintomático. Utilizando uma agulha fina, acoplada a uma seringa de 10cc a 20cc, o médico imagiologista irá puncionar o gânglio ou quisto, mobilizando a agulha no seu interior em aspiração contínua permitindo a recolha de células ou líquido (Berg & Mayo, 2019).
- A microbiópsia ou biópsia com pistola guiada por ecografia, destina-se à obtenção de pequenos fragmentos de tecido de uma lesão mamária ou gânglio axilar, geralmente sólida, para análise anátomo-patológica, apresentando uma taxa de sensibilidade de 98% (falsos negativos 2%). Nesta técnica, o médico imagiologista, irá realizar uma pequena incisão a nível da pele e utilizar uma agulha de biópsia (que tem a largura do bico de uma esferográfica, cerca de 2 mm de diâmetro), que se encontra colocada num dispositivo a que chamamos pistola. Para o posicionamento preciso da agulha no local a puncionar, esta é orientada por ecografia, uma técnica imagiológica inócua para a pessoa. Durante o mesmo, não se deverá mexer e vai ouvir um disparo. A fim de aumentar a probabilidade de obter uma amostra suficiente que permita um diagnóstico definitivo, geralmente pelo mesmo orifício de entrada, são recolhidos cerca de 4 a 6 fragmentos. Trata-se de um procedimento bem tolerado, que não deixa cicatrizes que poderão dificultar a interpretação de futuras mamografias, tendo a duração total de aproximadamente 30 minutos (Hooley, 2019).
- A BAV guiada por estereotaxia (sensibilidade de 96%) destina-se à obtenção de fragmentos de tecido mamário, para análise anátomo-patológica. Este método é o mais adequado em lesões de pequenas dimensões, mal definidas ou quando se trata de microcalcificações muito dispersas e escassas, nas quais o diagnóstico será mais fiável se a amostra recolhida for maior. Durante o procedimento a mulher é posicionada confortavelmente numa marquesa, em posição sentada ou deitada lateralmente, permanecendo com a mama comprimida no mamografo. O

posicionamento preciso da agulha é orientado através de estereotaxia, que utiliza radiação ionizante (raio x), que permite calcular as coordenadas exatas da lesão. No caso de BAV guiada por ecografia, uma técnica imagiológica inócua para a pessoa, o procedimento decorre em posição deitada. Nesta técnica, o médico imagiologista, irá realizar uma pequena incisão a nível da pele e utilizar uma agulha de biópsia associada a um sistema de aspiração por vácuo. É devido a este sistema de vácuo que a recolha dos fragmentos é maior, cerca de 6 a 12 fragmentos. Durante o mesmo não se deverá mexer e vai ouvir o sistema de aspiração da lesão. Trata-se de um procedimento bem tolerado, tendo a duração total de aproximadamente 40 a 50 minutos (Berg & Hooley, 2019; Cohen & Berg, 2019; Cohen & Santiago, 2019,).

- No final das biópsias mamárias guiadas por imagem, pode ser necessária a aplicação de um marcador no leito da biópsia, de nome clip, de titânio ou aço inoxidável, embebido ou não em colagénio ou hidrogel, permitindo a referência e orientação futura do local para tratamento ou para vigilância.
- Após aplicação de clip, a pessoa realiza uma mamografia de confirmação da sua localização. Para maior segurança, utilizamos técnicas e equipamentos que reduzem ao máximo a dose de radiação a que a pessoa é exposta.

3.3 Galactografia

- É um exame indicado para a avaliação de corrimento mamilar unilateral, por um ducto único, de forma espontânea ou por estimulação, com características serohemáticas, hemáticas ou incolores, sem causa aparente, permitindo identificar lesões no interior dos ductos (Ojeda-Fournier & Berg, 2019).
- Nesta técnica com a ajuda de uma lupa, o médico procura identificar o ducto responsável pelo corrimento atípico. Após identificação do mesmo, permeabiliza o ducto com a ajuda de uma cânula muito fina, por onde posteriormente injeta cerca de 1ml de contraste iodado. Após a introdução do contraste, o mamilo é protegido com uma compressa e a pessoa é encaminhada para o gabinete de

mamografia para realização de imagens. Trata-se de um procedimento bem tolerado, tendo a duração total de aproximadamente 30 a 60 minutos.

- Nesta técnica não se aplica a realização de anestesia local.

3.4 Marcação tumoral com clip para quimioterapia neoadjuvante

- No caso de marcação tumoral com clip para quimioterapia neoadjuvante, a marcação da lesão pode não ter sido realizada no momento da biópsia e com a realização de quimioterapia, como estratégia inicial de tratamento, o tumor irá tendencialmente diminuir o seu tamanho ou até mesmo apresentar uma resposta dita completa aos tratamentos, não apresentando expressão imagiológica. Deste modo, torna-se importante para uma futura abordagem cirúrgica a marcação do mesmo com clip, assinalando a sua localização inicial.
- Nesta técnica utilizando uma agulha fina, que no seu interior contém um clip de titânio ou aço inoxidável, embebido ou não em colagénio ou hidrogel, o médico posiciona a agulha na lesão e liberta o clip localmente. Dependendo das características da lesão a marcar, poderá ser necessário aplicar mais que um clip. Trata-se de um procedimento bem tolerado, tendo a duração total de aproximadamente 30 minutos.
- Após aplicação de clip a pessoa realiza uma mamografia de confirmação da sua localização. Para maior segurança, utilizamos técnicas e equipamentos que reduzem ao máximo a dose de radiação a que a pessoa é exposta.

3.5 Marcação pré-operatória com arpão guiada por ecografia ou estereotáxia

- Após a confirmação anátomo-patológica de uma lesão mamária, com indicação para excisão cirúrgica, o médico assistente pode solicitar a referenciação da região suspeita. A marcação pré-operatória com arpão consiste na colocação de um marcador (fio metálico) na lesão mamária, permitindo a sua rápida e precisa localização, encontra-se indicado em lesões mamárias não palpáveis (Butler & Berg, 2019).

- A marcação pré-operatória com arpão realiza-se no dia e horas antes da cirurgia, para garantir que o fio metálico aplicado não sofre deslocamentos até ao momento da cirurgia.
- Quando a técnica é orientada por ecografia, a pessoa encontra-se deitada numa marquesa. Após visualização da lesão ecograficamente, o médico imagiologista irá utilizar uma agulha fina (guia), que no seu interior contém um fio metálico, introduzindo-a na lesão e libertando o arpão localmente, que na sua extremidade apresenta um gancho que se fixa à lesão, removendo no final a agulha guia. Dependendo das características e da localização da lesão a marcar, poderá ser necessário aplicar mais do que um arpão. Após colocação do arpão a pessoa efetua uma mamografia de confirmação da sua localização.
- No caso deste procedimento necessitar de orientação por estereotaxia, a pessoa é posicionada sentada ou deitada lateralmente numa marquesa, e a mama encontra-se comprimida no aparelho de mamografia, sendo realizada radiação ionizante (raio X) para a localização precisa da lesão. Tal como no procedimento realizado com orientação ecográfica é realizada uma mamografia no final do procedimento para confirmação da localização do arpão.
- Após todo o procedimento o restante fio metálico, que se encontra no exterior da pele, será fixado e protegido com um penso não causando desconforto para a pessoa. Trata-se de um procedimento bem tolerado, tendo a duração total de aproximadamente 30 a 40 minutos.

3.6 Anestesia local

Na preparação para o procedimento devem ser feitos esforços para reduzir a ansiedade da pessoa, visto que a experiência de dor antecipatória está fortemente correlacionada com o nível de dor experienciado pela mesma durante o procedimento (Bick, 2016; Soo, 2019).

No controlo da dor e da ansiedade, podem ainda ser aplicadas pela equipa outras estratégias como dar a mão durante a anestesia, aplicar técnicas de respiração, toma de ansiolíticos, hipnose, técnicas de distração, como iniciar uma conversa sobre um tema

significativo para a pessoa, musicoterapia, *mindfulness* e áudios de meditação guiada (Musa *et al.*, 2020; Soo, 2019).

- A administração de anestesia local durante o procedimento é fundamental para o seu sucesso. Neste sentido, os procedimentos invasivos da mama em imagiologia de intervenção são realizados com utilização de anestesia local, normalmente com lidocaína a 1%, à exceção da galactografia, sendo administrada mesmo em biópsias com uso de agulhas de baixo calibre, como o caso da biópsia aspirativa com agulha fina (Soo, 2019).
- No caso particular da BAV guiada por ecografia ou estereotaxia será administrado um anestésico local, lidocaína a 1% para a pele e lidocaína com epinefrina para uma anestesia mais profunda, para prevenção da dor durante a punção e diminuição do risco de hemorragia.

3.7 Complicações associadas

- Os procedimentos descritos não são isentos de complicações, embora estas sejam raras e na esmagadora maioria dos casos facilmente controladas e sem risco de vida associado, já que se tratam de técnicas minimamente invasivas.
- As complicações potenciais são hemorragia imediata ou tardia, frequentemente de resolução espontânea, dor ou desconforto local, resolvida com analgésicos, infecção, reação vasovagal, pneumotórax, pseudoaneurisma, reação ao contraste, rutura de implantes, migração do arpão ou clip.
- Para evitar ou limitar o risco de hemorragia, após a realização das biópsias guiadas por imagem e nas marcações tumorais com clip será feita compressão manual da zona puncionada, realizado penso compressivo e facultado gelo para aplicação imediata.

3.8 Tempo de espera dos resultados

- Embora se procure que todos os resultados sejam disponibilizados com a máxima brevidade, minimizando o tempo de espera e a ansiedade associada, os mesmos podem demorar até 10 dias úteis.
- A pessoa será notificada por mensagem da disponibilização dos mesmos, no portal da instituição, sendo recomendado que o resultado seja visto apenas em contexto de consulta médica e se possível, e sendo de sua vontade, na presença de um familiar.

3.9 Cuidados pós biópsia

- Não realizar esforços com o braço, evitando pegar em pesos, fazer movimentos de rotação e exercício físico durante 3 dias;
- Aplicar gelo sobre a zona puncionada, por períodos de cerca de 15 minutos, 2 a 3 vezes ao dias;
- Em caso de dor pode tomar um comprimido de 1 grama de paracetamol, no máximo de 6/6h;
- Usar soutien confortável;
- Retirar o penso impermeável exterior após 72h, podendo fazer a sua higiene normal nos dias a seguir ao procedimento;
- Não deve frequentar ginásio e fazer banhos de praia ou piscina durante pelo menos uma semana.

4. Consulta de enfermagem de *follow up* telefónico

4.1 Aspetos organizacionais

População alvo: mulheres com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, submetidas a procedimentos invasivos, em imagiologia de intervenção, na ASM

Local da consulta: Sala de Enfermagem 1, 2, 3, 4

Horário da consulta: das 8h às 20h (dias úteis)

Número de consultas diárias: todas as agendadas no plano informático de trabalho de enfermagem

Tempo previsto: 15 minutos cada. Este tempo será estabelecido pelo enfermeiro de acordo com as necessidades da pessoa/família.

Material de apoio:

- ✓ Guia Orientador da Consulta de Enfermagem à Mulher Submetida a Procedimentos Invasivos da Mama, em Imagiologia de Intervenção;
- ✓ *Check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de *follow up* telefónico (Apêndice V);
- ✓ *Script* pré-definido “teleconsulta de *follow up* pós exame”

Objetivos específicos da consulta de enfermagem de *follow up* telefónico:

- Apoiar a mulher e família com suspeita/diagnóstico de cancro de mama, submetida a procedimento invasivos, em imagiologia de intervenção;
- Promover a identificação e tratamento imediato de complicações;
- Referenciar em caso de necessidade de observação médica;
- Esclarecer dúvidas existentes;
- Avaliar a satisfação com os cuidados.

4.2 Etapas da consulta

O processo de prestação de cuidados de enfermagem remotamente, utilizando as tecnologias como recurso, é mais do que uma simples troca de informações e é certamente mais do que um “telefonema”. A teleconsulta de enfermagem é uma forma significativa de comunicação e prestação de cuidados, que ajudam a garantir cuidados seguros, facilitando o acesso aos mesmos e melhorando a sua continuidade. É uma forma de “estar presente” para a pessoa/família no seu próprio ambiente (Greenberg & Rutenberg, 2020).

4.2.1 Fase preparatória e de orientação da consulta

- Consultar o processo clínico obtendo informação sobre a consulta de enfermagem de acolhimento e os registos de enfermagem efetuados no dia do procedimento, podendo igualmente consultar outras fontes como colegas de enfermagem, identificando os aspetos mais relevantes a abordar durante o telefonema.

4.2.2 Fase exploratória da consulta

- As questões colocadas devem seguir a *check-list* das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de *follow up* telefónico, com o intuito de uniformizar a abordagem. No entanto, podem existir questões individuais, descritas na consulta de enfermagem de acolhimento e/ou nos registos de enfermagem efetuados no dia do procedimento que devem ser tidas em consideração.
- Reforçar os cuidados pós procedimento abordados no dia da consulta de enfermagem de acolhimento e no dia do procedimento, validando se foram compreendidos.
- Confirmar e garantir que a pessoa tem a consulta médica de especialidade agendada dentro dos prazos estipulados para a comunicação dos resultados, reforçando junto da mesma a data e hora da consulta.
- Reforçar a disponibilidade para entrar em contato com a equipa de enfermagem, pelos meios disponibilizados (telemóvel e e-mail da equipa).

- Se a pessoa for classificada como A – Clinicamente bem, avaliar a sua satisfação com os cuidados, de acordo com o NPS.
- Sempre que no 1º contato telefónico, 24h após o procedimento, se verificar: dor moderada a severa (> 3), rubor, calor, edema, e/ou febre, o enfermeiro agenda um 2º telefonema de *follow up* (Coutinho & Neves, 2019; Vieira *et al.*, 2016).
- Se no 1º contato telefónico, for identificado que o penso se encontra repassado, pede à pessoa que se dirija ao serviço para observação presencial e realização do penso, pedindo o agendamento de 2º contato telefónico (Coutinho & Neves, 2019; Vieira *et al.*, 2016).
- Perante hemorragia ativa, a pessoa deve ser classificada como categoria C - Há preocupações clínicas, pelo que há necessidade de se dirigir ao Serviço de Urgência, e o enfermeiro fica responsável pela sua referenciação (Coutinho & Neves, 2019; Vieira *et al.*, 2016).
- Perante qualquer complicação anteriormente identificada é da responsabilidade do enfermeiro, informar o médico imagiologista responsável pelo procedimento.
- O 3º telefonema aplica-se no caso da situação clínica identificada em contactos anteriores não se encontrar resolvida (Coutinho & Neves, 2019; Vieira *et al.*, 2016).

4.2.3 Fase de conclusão da consulta

- No final da consulta de enfermagem de *follow up* telefónico é da responsabilidade do enfermeiro, preencher no processo clínico de enfermagem informático, o *script* pré-definido “teleconsulta de *follow up* pós exame”, acrescentando em texto livre toda a informação complementar que seja relevante. Igualmente deve atualizar os dados na base de dados de imagiologia de intervenção.
- No caso da necessidade de um 2º ou 3º contacto telefónico, é pedida a colaboração da equipa administrativa no agendamento desse ato.

Referências bibliográficas

- Berg, W., & Hooley, R. (2019). Ultrasound-guided vacuum-assisted biopsy. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1232–1233). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Berg, W., & Mayo, R. (2019). Fine-needle aspiration biopsy, breast. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1182–1183). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Bick, U. (2016). Image-guided breast biopsies. In E. Fallenberg & M. Fuchsjäger (Eds.), *Screening & beyond: medical imaging in the detection, diagnosis and management of breast diseases* (pp. 97–103). The European Society of Radiology.
- Bick, U., Trimboli, R. M., Athanasiou, A., Balleyguier, C., Baltzer, P., Bernathova, M., Borbély, K., Brkljacic, B., Carbonaro, L., Clauser, P., Cassano, E., Colin, C., Esen, G., Evans, A., Fallenberg, E., Fuchsjäger, M., Gilbert, F., Helbich, T., Heywang-Köbrunner, S., ... Sardanelli, F. (2020). Image-guided breast biopsy and localisation: recommendations for information to women and referring physicians by the European Society of Breast Imaging. *Insights into Imaging*, 11(12), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0803-x>
- Biganzoli, L., Cardoso, F., Beishon, M., Cameron, D., Cataliotti, L., Coles, C., Delgado Bolton, R., Trill, M., Erdem, S., Fjell, M., Geiss, R., Goossens, M., Kuhl, C., Marotti, L., Naredi, P., Oberst, S., Palussière, J., Ponti, A., Rosselli Del Turco, M., ... Poortmans, P. (2020). The requirements of a specialist breast centre. *Breast*, 51, 65–84. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003>
- Boyd, B., & Fine, R. (2007). Stereotactic Breast Biopsy: The Nurse's Role. *Journal of Radiology Nursing*, 26(1), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2006.11.001>

- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142. <https://medicine.usask.ca/documents/pgme/educational-resources/breaking-bad-news-spikes-model---psychosocial-onc---2005.pdf>
- Butler, R., & Berg, W. (2019). Preoperative lesion localization, bracketing. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1192–1193). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Carroll, C. (2006). Sorting out breast biopsy options. *Nursing*, 36(3), 70–71. DOI: 10.1097/00152193-200603000-00057
- Cohen, E., & Berg, W. (2019). Stereotactic biopsy, prone. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1220–1223). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Cohen, E., & Santiago, L. (2019). Stereotactic biopsy, upright. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1224–1227). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Coutinho, J., & Neves, J. (2019). *Manual de Boas Práticas em Cirurgia Ambulatória*. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte: Unidade de Cirurgia Ambulatória (3rd ed.). https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional 2019-2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/mais-de-22-mil-utentes-encaminhados-para-tratamento-hospitalar-apos-rastreios-pdf.aspx>

Eicher, M., Kadmon, I., Claassen, S., Marquard, S., Pennery, E., Wengstrom, Y., & Fenlon, D. (2012). Training breast care nurses throughout Europe: The EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing. *European Journal of Cancer*, 48(9), 1257–1262. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.07.011>

European Breast Cancer Coalition (2023a, November 9). *Breast Cancer Facts*. <https://www.europadonna.org/breast-cancer/>

European Breast Cancer Coalition (2023b, November 9). *What is Prevention?*. <https://www.europadonna.org/prevention-and-breast-health/###>

European Breast Cancer Coalition (2023c, November 9). *Primary Prevention and Breast Health*. <https://www.europadonna.org/prevention-and-breast-health/primary-prevention-and-breast-health/>

European Breast Cancer Coalition (2023d, November 9). *Secondary prevention and early detection*. <https://www.europadonna.org/prevention-and-breast-health/secondary-prevention-and-early-detection/>

European Breast Cancer Coalition (2023e, November 9). *Screening and Early Detection*. <https://www.europadonna.org/breast-cancer/screening-and-early-detection/>

European breast cancer guidelines (2023a, Novembro 9). *Screening ages and frequencies*. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-cancer-guidelines/screening-ages-and-frequencies>

European breast cancer guidelines (2023b, Novembro 9). *Additional screening tests for dense breast (summary information for women)*. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines/dense-breast/summary>

Ferreira, M., & Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. *Onco.News*, 38, 6–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>

- Greenberg, M., Rutenberg, C. (2020). Telephone Communications. In: K., Gross. *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (1st ed., p.235-243). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Harding, M. (2014). Incidence of Distress and Associated Factors in Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation. *Western Journal of Nursing Research*, 36(4), 475–494. <https://doi.org/10.1177/0193945913506795>
- Harding, M. (2015). Effect of nurse navigation on patient care satisfaction and distress associated with breast biopsy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), E15–E20. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E15-E20>
- Hooley, R. (2019). Ultrasound-guided core needle biopsy. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1228–1231). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514–516. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>
- Kreitler, S. (2019). The Phases of the Confrontation with Cancer. In S. Kreitler (Ed.), *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease* (pp. 25–43). Springer Nature Switzerland AG. <http://doi.org/10.1007/978-3-030-06126-5>
- Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Stewart, J., Bailey, D., Robertson, C., & Mohler, J. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 94(6), 1854–1866. <https://doi.org/10.1002/cncr.10390>
- Montgomery, M., & McCrone, S. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: Systematic review. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 66, Issue 11, pp. 2372–2390). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05439.x>
- Musa, A., Arnold, E. C., Carpenter-Thompson, R., Baron, D., Anavim, A., Al-Hihi, M., Lang, E., Trivedi, P., Grewal, A., Pendi, K., Swantek, J., & Ter-Oganesyan, R. (2020).

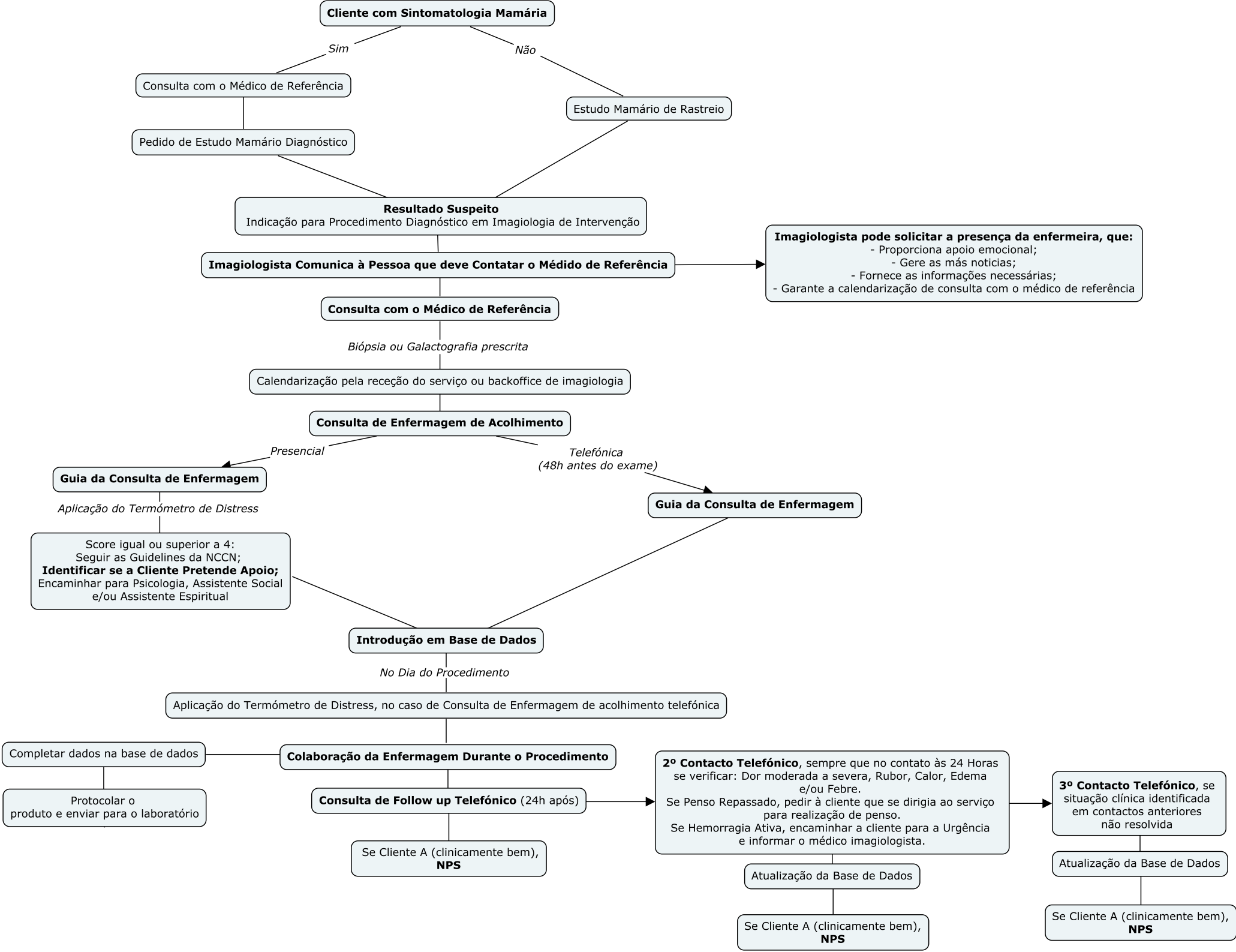
- Attitudes of Preprocedural Patient Anxiety: A 2019 Cross-Sectional Study of Radiology Nurses. *Journal of Radiology Nursing*, 39(3), 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2019.12.011>
- Ojeda-Fournier, H., & Berg, W. (2019). Ductography. In W. Berg & J. Leung (Eds.), *Diagnostic Imaging: Breast* (3rd ed., pp. 1176–1181). Elsevier. <https://www.us.elsevierhealth.com/diagnostic-imaging-breast-9780323548120.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº156/2015 de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem* (Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecern%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-deenfermagem.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Guide to Cancer Early Diagnosis*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940>
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Formação e Saúde.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2006). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (1st ed., pp. 357–378). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Riba, M., Donovan, K., Ahmed, K., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W., Brewer, B., Corbett, C., Fann, J., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D., Handzo, G., Hoofring, L., Huang, C.-H., Hutchinson, S., Johns, S., Keller, J., Kumar, P., ... Vanderlan, J. (2022). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management*. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf

- Soo, M. (2019). Interventional Procedures: Patient-Centered Approach. In C. Kuzmiak (Ed.), *Interventional Breast Procedures: A Practical Approach* (pp. 1–19). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-13402-0>
- Tuck, P., & Krenzischek, D. (2019). Pre- and Pos-Procedure Nursing. In K. Gross (Ed.), *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (pp. 59–75). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Vieira, V., Marcos, A., Carmona, C., & Pinto, S. (2016). *Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/Recomendacoes_Abordagem_Anestesica_Idoso_Obeso.pdf
- Vogel, W. (2011). Diagnostic Evaluation, Classification, and Staging. In C. Yarbrow, D. Wujcik, & B. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: principles and practice* (7th ed., pp. 166–197). Jones and Bartlett Publishers.

APÊNDICES

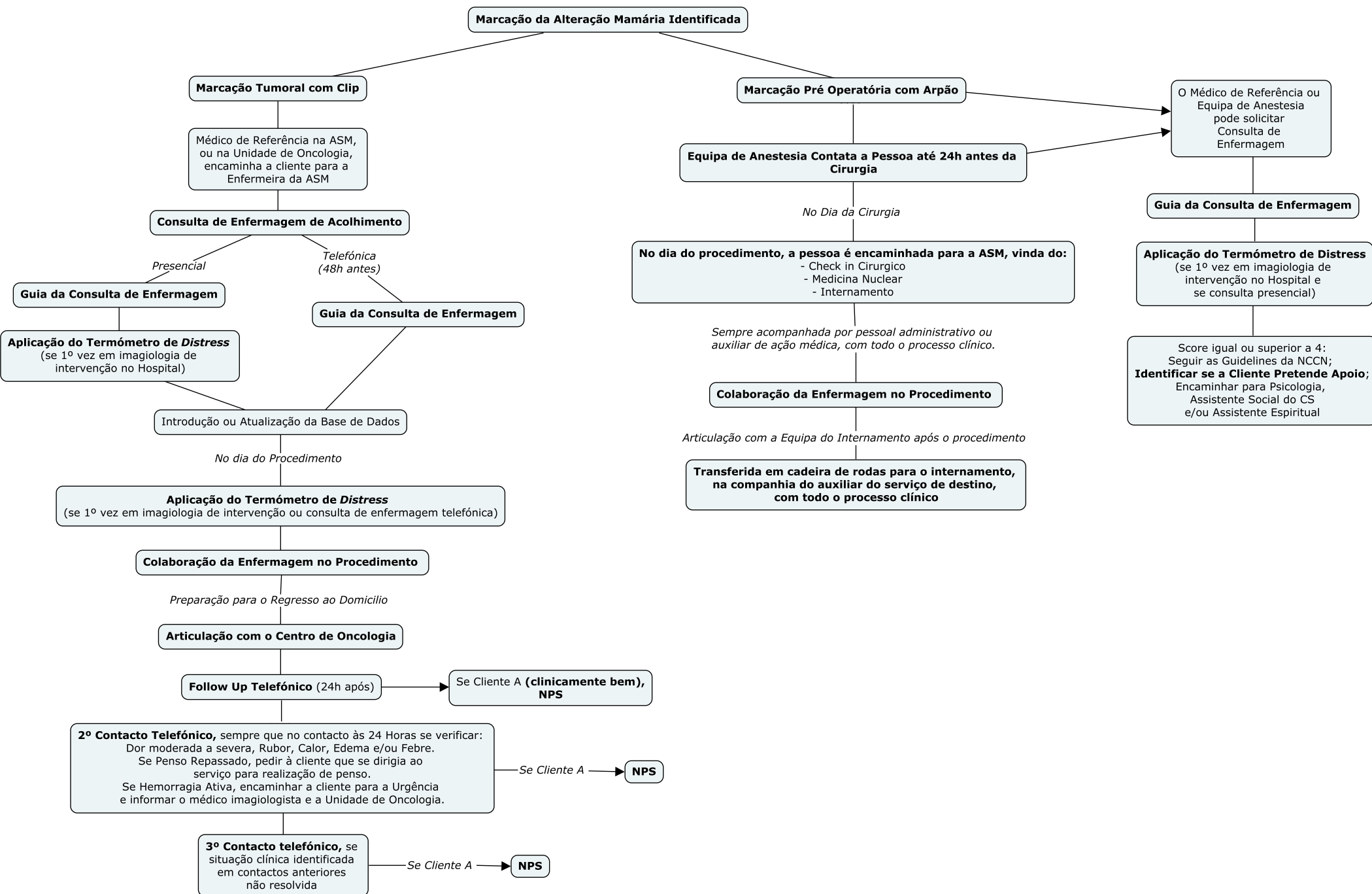
APÊNCIDE I

Fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção -
fase diagnóstica



APÊNCIDE II

Fluxograma do percurso da mulher, em imagiologia de intervenção - fase
tratamento



APÊNCIDE III

Instrumento de colheita de dados orientador da consulta de enfermagem de
acolhimento

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS ORIENTADOR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ACOLHIMENTO

Data: __/__/__ Enf.: _____

INFORMAÇÃO GERAL DA PESSOA

Nome: _____ HLU: _____ Data de Nasc.: __/__/__

Idade: _____ Nome Preferido: _____ Contato Telefónico: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Local da Residência: _____

- **Estado Civil:** () Solteiro () Casado () Divorciado () União de Fato () Viúvo
- **Língua Dominante:** () Português () Inglês () Francês () Outra _____ **Domina a Língua Portuguesa:** () Sim () Não
- **Nível de Escolaridade:** () < a 4 anos de escolaridade () 1º ciclo do ensino básico () 2º ciclo do ensino básico () 3º ciclo do ensino básico () 11º ano () Ensino secundário () Bacharelato () Licenciatura () Mestrado () Doutoramento
- **Profissão:** () Ativo () Não Ativo () Aposentado **Horário de Trabalho:** () Tempo inteiro () Parcial () Ocasional
- **Religião:** _____ **Praticante:** () Sim () Não **Requer Apoio Espiritual:** () Sim () Não
- **Cuidador Informal/Pessoa Significativa:** _____ **Contato:** _____ **Grau de Parentesco:** () Mãe () Pai () Irmão (ã) () Avós () Tios () Amigo () Instituição () Esposo () Filho(a) () Neto Outro _____

INFORMAÇÃO SOCIO-FAMILIAR DA PESSOA

- **Vive Sozinho:** () Sim () Não **Apoio Familiar:** () Sim () Não **Integrado em Estrutura Familiar/Cuidador:** () Sim () Não **Integrado em Estrutura Residencial:** () Sim () Não **Necessidade de Apoio Social:** () Sim () Não

VIGILÂNCIA DE SAÚDE

- **Centro de Saúde:** _____ **Vigilância de Saúde (local):** _____ **Enfermeiro de referência:** _____ **Médico de Família:** _____ **Plano Nacional de Vacinação:** () Sim () Não

INFORMAÇÃO RELATIVA À SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA

- **Doenças Conhecidas:** () HTA () Diabetes () Depressão () Cardíacas () Pulmonares () Renais () Hepáticas Outras _____ **Medicação Habitual:** _____

- **Alergias a medicamentos:** _____
Outras Alergias: _____
- **Internamentos Anteriores nos Últimos 6 Meses:** () Sim () Não
Especificar: _____
- **Hábitos Tabágicos:** () Sim () Não () ex-fumador **Quantidade diária:** () 0-10 cigarros/dia () 10-20 cigarros/dia () 20-30 cigarros dia () +30 cigarros/dia () Outro _____
- **Hábitos Alcoólicos:** () Sim () Não **Quantidade diária:** () esporadicamente () socialmente () diariamente () Outro _____
- **Consumo de Drogas:** () Sim () Não **Quantidade diária:** () esporadicamente () socialmente () diariamente () Outro _____

HISTÓRIA GINECOLÓGICA:

- **Idade da Menarca:** _____ **Índice Obstétrico:** _____ **Idade da 1º Gravidez de Termo:** _____
- **Amamentou:** () Sim () Não **Duração:** _____ **Anti Contracetivos Orais:** () Sim () Não
- **Menopausa:** () Sim () Não **Idade da Menopausa** _____ **TSH:** () Sim () Não **Duração:** _____

HISTÓRIA DE TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS:

- **Quimioterapia:** () Adjuvante () Neoadjuvante () Paliativa **Término:** _____
- **Radioterapia:** () Sim () Não **Zona irradiada** _____ **Término** _____
- **Outros Tratamentos:** _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

		Localização do Tumor	Idade na Altura do Diagnóstico		Localização do Tumor	Idade na Altura do Diagnóstico
<i>Avós</i>	Paternos			Maternos		
<i>Pais</i>						
<i>Tios/primos</i>						
<i>Filhos</i>						
<i>Outros</i>						
<i>Outros</i>						

MOTIVO DE ADMISSÃO

Procedimento Proposto:

- ☐ Biópsia Aspirativa
- ☐ Biópsia com pistola
- ☐ BAV estereotaxia
- ☐ BAV Ecografia
- ☐ Galactografia
- ☐ Marcação com clip
- ☐ Marcação com arpão

Lateralidade

- ☐ Direita
- ☐ Esquerda
- ☐ Bilateral

Exames Realizados que Justificam o Procedimento

- ☐ Mamografia Data: __/__/__ BI-RADS_____
- ☐ Ecografia Mamária Data: __/__/__ BI-RADS_____
- ☐ RMN Mamária Data: __/__/__ BI-RADS_____

Exame de Rastreio: ☐ Sim ☐ Não **Exame de Diagnóstico:** ☐ Sim ☐ Não

Data da prescrição médica: __/__/__

Familiaridade com o Evento ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

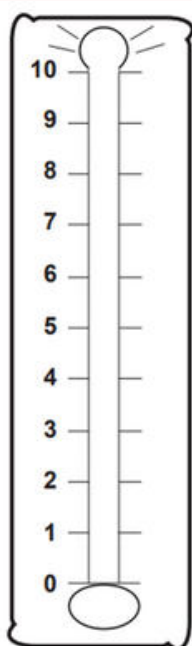
Anticoagulada: ☐ Sim ☐ Não **Antiagregada:** ☐ Sim ☐ Não **Princípio ativo:** _____

Substituição _____ **última toma a** _____

INSTRUMENTO DE TRIAGEM DA ANGÚSTIA (DISTRESS)

Instruções: por favor, faça um círculo em volta do número (0-10) que melhor descreva o seu grau de sofrimento na última semana, incluindo hoje.

Angústia extrema



Sem angústia

Lista de Problemas: Você teve alguma preocupação sobre algum dos itens abaixo na semana passada, incluindo hoje? (Marque todos os que se aplicam)

Preocupações físicas

- ☐ Dor
- ☐ Dormir
- ☐ Fadiga
- ☐ Tabagismo
- ☐ Uso de substâncias
- ☐ Memória ou concentração
- ☐ Saúde sexual
- ☐ Mudanças na alimentação
- ☐ Perda ou alteração das habilidades físicas

Preocupações emocionais

- ☐ Preocupação ou ansiedade
- ☐ Tristeza ou depressão
- ☐ Perda de interesse ou de prazer
- ☐ Tristeza ou perda
- ☐ Medo
- ☐ Solidão
- ☐ Raiva
- ☐ Alterações na aparência
- ☐ Sentimentos de inutilidade ou ser um fardo

Preocupações sociais

- ☐ Relacionamento com o cônjuge ou companheiro
- ☐ Relacionamento com os filhos
- ☐ Relacionamento com familiares
- ☐ Relacionamento com amigos ou colegas de trabalho
- ☐ Comunicação com a equipe médica
- ☐ Capacidade de ter filhos

Preocupações Práticas:

- ☐ Cuidando de mim mesmo(a)
- ☐ Cuidando dos outros
- ☐ Trabalho
- ☐ Escola
- ☐ Habitação
- ☐ Finanças
- ☐ Seguro de saúde
- ☐ Transporte
- ☐ Cuidados infantis
- ☐ Ter comida suficiente
- ☐ Acesso a medicamentos
- ☐ Decisões de tratamento

Preocupações espirituais ou religiosas:

- ☐ Sentido de significado ou propósito
- ☐ Mudanças na fé ou crenças
- ☐ Morte, morrer ou vida após a morte
- ☐ Conflito entre crenças e tratamentos contra o cancro
- ☐ Relacionamento com o sagrado
- ☐ Necessidades de rituais ou dietéticas

Outras Preocupações:

Referências Bibliográficas

Nacional Comprehensive Cancer Network (2022). *Distress Thermometer Screening Tool: Version 2.2022 (Portuguese)*.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress_tool_portuguese.pdf

APÊNCIDE IV

Check-list das intervenções de enfermagem da consulta de enfermagem de
acolhimento

CHECKLIST DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ACOLHIMENTO

Data: __/__/__

Enfermeiro: _____

<i>Intervenção</i>	Sim	Não	NA
Consulta o processo clínico, obtendo o máximo de informação possível, sobre a pessoa e quadro clínico atual.			
Apresenta-se à pessoa e acompanhante.			
Confirma a identificação da pessoa usando dois primeiros e os dois últimos nomes e a sua data de nascimento.			
Apresenta o espaço físico do serviço e restante equipa.			
Promove um ambiente calmo, privado e livre de interrupções.			
Permite a presença da família caso seja a sua vontade.			
Transmite uma postura de disponibilidade.			
Preenche o instrumento de colheita de dados orientador da consulta de enfermagem.			
Utiliza pergunta abertas: - Explorar o que o cliente sabe sobre o seu quadro clínico (O que é que sabe em relação ao seu quadro clínico? O que é que sabe em relação ao procedimento que vai realizar?); - Explora preocupações e necessidades da pessoa e pessoa significativa (Quais são as suas preocupações atuais? Que questões precisa de ver respondidas? Que alterações ocorreram nas suas rotinas desde que foi confrontada com esta situação?, Quais os aspetos que têm tido mais dificuldade em lidar?)			
Realiza escuta ativa.			
Permite espaço para expressão de sentimentos por parte da pessoa/família.			
Está atento às emoções da pessoa/família, aos mecanismos de <i>coping</i> utilizados e fornece orientações sobre o uso de mecanismos de <i>coping</i> apropriados.			
Responde de forma empática às emoções da pessoa/família, validando que é natural ter reações emocionais (É natural que esta informação o deixe perturbado).			
Permite espaço para a prática religiosa/amuletos.			

<i>Intervenção (continuação)</i>	Sim	Não	NA
Identifica o nível de informação que a pessoa/família pretende receber.			
Transmite a informação de forma clara, adequando-a aos seus antecedentes culturais e as crenças sobre a saúde da pessoa/família.			
<i>Informa a pessoa/família sobre o procedimento que vai realizar</i>			
Objetivo do procedimento.			
Analgesia utilizada e o que irá sentir e perceber durante o mesmo.			
Duração estimada do procedimento.			
Complicações associadas.			
Tempo de espera dos resultados.			
Circuito de admissão.			
Presença de acompanhante no dia do procedimento.			
Preparação física para o procedimento: jejum não recomendado, uso de roupa confortável, uso de soutien, toma de medicação diária.			
Documentação a trazer no dia do procedimento.			
Fornecer estratégias, com base nas suas rotinas e gostos pessoais, para a medicação da angústia.			
<i>Informa a pessoa/família sobre os cuidados pós procedimento</i>			
Cuidados com o penso.			
Aplicação de gelo.			
Aspeto do local (hematoma).			
Atividade e esforços físicos.			
Dor e analgesia permitida.			
Sinais de alerta: febre, rubor, calor, edema e hemorragia.			

<i>Intervenção (continuação)</i>	Sim	Não	NA
<i>Informa a pessoa/família sobre os cuidados pós procedimento (continuação)</i>			
Define estratégias, em parceria com a pessoa e pessoa significativa, com base nos problemas atuais ou potenciais identificados.			
Aconselhar e providenciar o seu encaminhamento para outro profissional caso a questão identificada ultrapasse a nossa competência.			
Fornece os contatos telefônicos do serviço.			
Reforça a disponibilidade para se manter o acompanhamento da pessoa.			
Informa que será contatado 24h após procedimento, conforme o protocolo instituído (follow-up).			
Define o agendamento do procedimento e consultas subsequentes de especialidade.			
Valida que compreenderam a informação transmitida.			
Realiza um resumo daquilo que foi abordado.			
Esclarece dúvidas e receios.			
Fornece o folheto explicativo do procedimento.			
Regista este momento em notas de enfermagem.			
Introduz os dados da cliente na base de dados definida.			

Referências Bibliográficas

- Boyd, B., & Fine, R. (2007). Stereotactic Breast Biopsy: The Nurse's Role. *Journal of Radiology Nursing*, 26(1), 4–10. <https://doi.org/https://doi:10.1016/j.jradnu.2006.11.001>
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142. <https://medicine.usask.ca/documents/pgme/educational-resources/breaking-bad-news-spikes-model---psychosocial-onc---2005.pdf>
- Carroll, C. (2006). Sorting out breast biopsy options. *Nursing*, 36(3), 70–71. DOI: 10.1097/00152193-200603000-00057
- Ferreira, M., & Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. *Onco.News*, 38, 6–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>
- Harding, M. (2014). Incidence of Distress and Associated Factors in Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation. *Western Journal of Nursing Research*, 36(4), 475–494. <https://doi.org/10.1177/0193945913506795>
- Harding, M. (2015). Effect of nurse navigation on patient care satisfaction and distress associated with breast biopsy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), E15–E20. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E15-E20>
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514–516. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>
- Laranjeira, C., Afonso, C., & Querido, A. I. (2021). Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students. *SAGE Open Nursing*, 7, 1–5. <https://doi.org/10.1177/23779608211044589>
- Musa, A., Arnold, E. C., Carpenter-Thompson, R., Baron, D., Anavim, A., Al-Hihi, M., Lang, E., Trivedi, P., Grewal, A., Pendi, K., Swantek, J., & Ter-Oganesyan, R. (2020). Attitudes of Preprocedural Patient Anxiety: A 2019 Cross-Sectional Study of Radiology Nurses. *Journal of Radiology Nursing*, 39(3), 210–214. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2019.12.011>

- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem* (Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecern%C2%BA-53_ce_13012021_consulta_enfermagem-e-teleconsulta-deenfermagem.pdf
- Phaneuf (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Soo, M. (2019). Interventional Procedures: Patient-Centered Approach. In C. Kuzmiak (Ed.), *Interventional Breast Procedures: A Practical Approach* (pp. 1–19). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-13402-0>
- Tuck, P., & Krenzischek, D. (2019). Pre- and Pos-Procedure Nursing Care. In K. Gross (Ed.), *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (pp. 59–75). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Vogel, W. (2011). Diagnostic Evaluation, Classification, and Staging. In C. Yarbrow, D. Wujcik, & B. Gobel (Eds.), *Cancer nursing: principles and practice* (7th ed., pp. 166–197). Jones and Bartlett Publishers.

APÊNCIDE V

Check-list da consulta de enfermagem de follow up telefónico

CHECKLIST DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FOLLOW UP TELEFÓNICO

Data: __/__/__

Enfermeiro: _____

Procedimento Efetuado: _____

Data do Procedimento: __/__/__

Respondeu ao Contato Telefónico: () Sim () Não

<i>Intervenção</i>	Sim	Não	NA
Confirma como decorreu a viagem de regresso a casa			
Confirma como foi a primeira noite pós procedimento			
Valida quadro de dor nas últimas 24h (1)			
Valida a presença de sinais de alerta (2)			
Valida o estado psicoemocional (preocupações e dúvidas)			
Reforça os cuidados com o local do procedimento e penso			
Orienta para o retorno de terapêutica diária, caso tenha sido suspenda			
Confirma o agendamento de consulta médica de especialidade			
Confirma se a informação fornecida foi suficiente para a pessoa (3)			
Reforça disponibilidade de contacto telefónico			
Avalia a necessidade de novo telefonema de <i>follow up</i> (4)			
Se cliente A (cl clinicamente bem), realiza inquérito de satisfação (NPS).			
Atualiza a Base de Dados			

(1) Escala de dor

Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(2) Sinais de Alerta:

	Inexistente	Ligeira	Moderada	Severa
Rubor				
Calor				
Edema				
Hemorragia				
Febre. Quantificar: _____				
Outro: _____				
Outro: _____				

(3) Se não, porque: _____**(4) Resultado da Avaliação:**

A – Clinicamente bem.

B – Embora não inspire cuidados, há dúvidas que levam à necessidade de um 2º telefonema.

Especificar: _____

C – Há preocupações clínicas, pelo que há necessidade de se dirigir ao Serviço de Urgência.

Especificar: _____

Referências Bibliográficas

- Coutinho, J., & Neves, J. (2019). *Manual de boas práticas em cirurgia ambulatória* (3rd ed.). Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte: Unidade de Cirurgia Ambulatória. https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf
- Greenberg, M., Rutenberg, C. (2020). Telephone Communications. In: K., Gross. *Advanced Practice and Leadership in Radiology Nursing* (1st ed., pp.235-243). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32679-1>
- Harding, M. (2015). Effect of nurse navigation on patient care satisfaction and distress associated with breast biopsy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(1), E15–E20. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.E15-E20>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem (Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecern%C2%BA_53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-deenfermagem.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Vieira, V., Marcos, A., Carmona, C., & Pinto, S. (2016). Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/Recomendacoes_Abordagem_Anestesica_Idoso_Obeso.pdf

APÊNCIDE XIV

Plano de sessão: “Cuidado integrativo em oncologia”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: *Cuidado Integrativo em Oncologia - A Mulher Submetida a Procedimentos Invasivos da Mama - Intervenção de Enfermagem Especializada*

POPULAÇÃO-ALVO: Profissionais de Saúde do Hospital C

DATA: 06/02/2023

OBJETIVO:

- Promover o conhecimento sobre o cuidado integrativo em oncologia;
- Refletir sobre a importância dos elementos navegadores de doentes em oncologia;
- Dar a conhecer aos profissionais de saúde os projetos intervenção.

LOCAL: Auditório do Hospital C

DURAÇÃO TOTAL: 1 Hora

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconhecer a importância da enfermagem nos cuidados às mulheres com suspeita e/ou diagnóstico de cancro de mama, em imagiologia de intervenção;
- Identificar a intervenção dos enfermeiros neste contexto;
- Reconhecer a importância do projeto na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

	CONTEUDOS	ESTRATÉGIAS		TEMPO
		Metodologia	Recursos	
INTRODUÇÃO	- Breve apresentação do Serviço Área da Saúde da Mulher;	Métodos Expositivo e Participativo	Computador Portátil, diapositivos em PowerPoint, videoprojector, transmissão nacional via <i>Lusíadas Knowledge Center</i>	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	- Diagnóstico da Problemática do Projeto; - Enquadramento Teórico do Projeto; - Consulta de Enfermagem à mulher com suspeita e diagnóstico de			15 minutos

	cancro de mama, em imagiologia de intervenção.			
CONCLUSÃO	- Considerações Finais; - Esclarecimento de dúvidas.			5 minutos

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Apresentação a convite do Centro de Oncologia, intitulado Cuidado Integrativo em Oncologia.

Moderador da Mesa: Sr. Enfermeiro Chefe do Centro de Oncologia;

Preletores:

- Sr.ª Enfermeira do Centro de Oncologia – Tema: Nurse Navigator;
- Sr.ª Enfermeira da Área da Saúde da Mulher e discente do 13º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção Oncológica na ESEL, Ana Filipa Fernandes – Tema: A Mulher Submetida a Procedimentos Invasivos da Mama - Intervenção de Enfermagem Especializada;
- Sr.ª Enfermeira e Coach em Saúde e Oncologia – Tema: Acompanhamento na fase de sobrevivência

AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

Presença na sessão:

- Sr.ª Administradora do Hospital,
- Sr.ª Diretora Clínica do Hospital,
- Sr. Enfermeiro Diretor do Hospital,
- Sr. Dr. Coordenador do Centro de Oncologia,
- Sr.ª Enfermeira Coordenadora do Departamento de Ginecologia e Obstétrica,
- Sr.ª Enfermeira Chefe da Área da Saúde da Mulher.