



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

Relatório de Estágio

**Consulta de Enfermagem Pré-Operatória: Promoção
do Autocuidado à Mulher com Cancro da Mama**

Vítor Manuel Peixe Ribeiro

Lisboa

2023



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

**Consulta de Enfermagem Pré-Operatória: Promoção
do Autocuidado à Mulher com Cancro da Mama**

Vítor Manuel Peixe Ribeiro



Orientador: Prof. Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O importante não é aquilo que fazem
de nós, mas o que nós mesmos
fazemos do que os outros fizeram de nós.”

Jean-Paul Sartre

AGRADECIMENTOS

À minha Família, pelo apoio paciência e compreensão, por me ouvirem e incentivarem
desde o início,

Ao professor Óscar pela compreensão, apoio e orientação desde o primeiro momento,

Às doentes que fizeram parte do meu percurso, pela sua partilha pela sua presença e
pela motivação,

Às minhas enfermeiras orientadoras, Enf.^a Marisa, Enf.^a Gina e Enf.^a Joana, pela
motivação, pela partilha e por serem as pessoas certas para o meu crescimento e
desenvolvimento,

Aos meus colegas por me incentivarem a este desafio e por me apoiarem, em particular
à Enf.^a Helena R. pela sua partilha,

A todas as equipas multidisciplinares dos serviços por me fazerem sentir sempre um
membro dessa mesma equipa,

O meu agradecimento a todos por contribuirem para que este percurso tenha sido
possível!

ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

CEPO – Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

CM – Carcinoma da Mama

DR – Diário da República

EONS – *European Oncology Nursing Society*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNDO – Plano Nacional da Doença Oncológica

SPO – Sociedade Portuguesa de Oncologia

TDAC – Teoria do Defice de Auto Cuidado

RESUMO

O cancro da mama em Portugal, constitui a segunda causa de cancro e é a causa principal de cancro se consideradas apenas as mulheres, sendo o tratamento cirúrgico a abordagem terapêutica da maioria dos casos. A cirurgia sendo por si um acontecimento crítico, leva a medos e ansiedade relacionadas com os procedimentos cirúrgicos e anestésicos envolvidos e com os aspetos emocionais, relacionados com as alterações da imagem corporal e da vida diária que podem acontecer. Os avanços no tratamento cirúrgico têm permitido abordagens cada vez menos invasivas traduzindo-se em tempos de internamento mais reduzidos limitando o tempo existente para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e sua família, que identifique e intervenha nas suas necessidades informativas, emocionais, sociais e psicológicas. Este projeto surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 13.º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na Vertente Oncológica, onde identificada a problemática relacionada com o período pré-operatório, pretende através da implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória, promover o autocuidado da mulher e família ao longo do seu tratamento cirúrgico e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Nesse sentido o projeto pretende dar resposta à pergunta: “Quais as intervenções de enfermagem à mulher proposta para cirurgia oncológica da mama em consulta pré-operatória de enfermagem? A realização de uma *scoping review* e a prestação de cuidados em 3 locais de estágio, sustentaram a metodologia utilizada, o que permitiu o desenvolvimento de conhecimentos, estratégias e competências para a implementação da consulta. O *empowerment* da mulher e família para o autocuidado no período pré-operatório, promovem um conhecimento importante para uma tomada de decisão informada e partilhada e para um rápido restabelecimento funcional, reduzindo complicações pós-operatórias.

Palavras-chave: doente oncológico; cancro da mama; consulta pré-operatória de enfermagem; intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Breast cancer in Portugal is the second cause of cancer and is the main cause of cancer if only women are considered, with surgical treatment being the therapeutic approach for most women. The surgery itself is a critical event, which leads to fears and anxiety related to the surgical and anesthetic procedures involved and the emotional aspects related to changes in body image and daily life that may occur. Advances in surgical treatment have allowed for increasingly less invasive approaches, translating into shorter hospitalization times, limiting the existing time for establishing a therapeutic relationship with the woman and her family that identifies and intervenes in her informational, emotional, social and psychological needs. This project arises within the scope of the curricular unit Internship with Report, of the 13th Master's and Post-Graduate Specialization Course in Medical-Surgical Nursing in the Oncology Aspect, where the problem related to the preoperative period is identified, through the implementation of a preoperative nursing consultation, promoting self-care for the woman and her family throughout her surgical treatment and promoting the improvement of the quality of care provided. In this sense, the project intends to answer the question: "What are the nursing interventions for the woman proposed for oncological breast surgery in a preoperative nursing consultation? The performance of a scoping review and the provision of care in 3 internship locations supported the methodology used, which allowed the development of knowledge, strategies and skills for the implementation of the consultation. The empowerment of the woman and family for their self-care in the preoperative period, promotes important knowledge for informed and shared decision-making and for a quick functional recovery, reducing postoperative complications.

Key words: cancer patient; breast cancer; preoperative nursing consultation; nursing interventions.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1. A Mulher com Cancro da Mama Proposta para Cirurgia | 25 |
| 1.2. Consulta de Enfermagem Pré-Operatória à Mulher com Cancro da Mama | 31 |
| 1.3. Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a sua Aplicação nos Cuidados | 34 |
| 2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS..... | 39 |
| 2.1. Campo de Estágio A – Nurse Navigator da mama em Centro Oncológico | 40 |
| 2.2. Campo de Estágio B – Clínica de Atendimento Pré-Operatório..... | 48 |
| 2.3. Campo de Estágio C – Serviço de Cirurgia Geral | 54 |
| 2.4. Desenvolvimento de competências durante os estágios | 60 |
| 3. AVALIAÇÃO..... | 63 |
| 3.1. Pontos fortes e pontos fracos | 63 |
| 3.2. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados | 65 |
| CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS..... | 67 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 71 |

APÊNDICES

APÊNDICE I – *Scoping Review*

APÊNDICE II – Caracterização Centro Oncológico Campo de Estágio A

APÊNDICE III – Reflexão Consulta de Enfermagem e Cuidados de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama

APÊNDICE IV – Caracterização Clínica de Atendimento Pré-Operatório

APÊNDICE V – Grelha de necessidade e intervenções de enfermagem à mulher com cancro da mama

APÊNDICE VI – Estudo de Caso – Mulher com Cancro da Mama em consulta pré-operatória de enfermagem – Campo de Estágio B

APÊNDICE VII – Guia de orientação para consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama

APÊNDICE VIII – Questionário de satisfação com consulta de enfermagem pré-operatória

APÊNDICE IX – Análise reflexiva do questionário de satisfação com consulta de enfermagem pré-operatória

APÊNDICE X – Análise *SWOT*

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1-Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem | 38 |
|---|----|

INTRODUÇÃO

O presente documento, insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 13.º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na Vertente Oncológica. Pretende descrever o percurso realizado durante os estágios desta unidade curricular e pretende também, dar resposta à metodologia de avaliação proposta para a mesma.

Este percurso teve início na unidade curricular Opção II, onde foi proposto, identificar no nosso contexto de trabalho e na nossa prática de cuidados uma problemática para a qual, através da construção de um projeto de implementação fosse possível contribuir para a sua resolução ou melhoria.

Partindo desse compromisso, o meu objetivo pessoal e profissional, foi abordar uma temática para a qual não existisse capacidade de resposta na instituição e para a qual as intervenções de enfermagem proposta no projeto, se traduzissem num aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e num aumento da satisfação da população alvo desses cuidados.

Através de várias conversas informais com vários elementos da equipa de enfermagem, surgiram as necessidades específicas e o impacto que o cancro da mama tem na mulher quer em termos físicos quer em termos psicológicos nas várias etapas do seu tratamento e mesmo após o mesmo. Em conversa com a chefia de enfermagem do serviço de internamento de cirurgia surgiu também essa necessidade de cuidados identificada, no sentido de complementar ou apoiar algumas intervenções de enfermagem já implementadas por alguns enfermeiros, no que respeita aos cuidados pós alta e promoção do autocuidado pós-cirurgia. A equipa de enfermagem, reconhece um papel importante no ensino dos doentes e na promoção da saúde, no contexto do doente cirúrgico e da mulher com cancro da mama, mas identifica a dificuldade sentida no conhecimento, ligação e transmissão de informação à doente e sua família.

De facto, os avanços no tratamento cirúrgico do cancro da mama, envolvem muitas vezes técnicas cirúrgicas menos invasivas e internamentos de curta duração, com admissões no próprio dia, dificultando o processo de conhecimento e interação com o doente e família. A diminuição do tempo de internamento para intervenção cirúrgica leva a que a relação terapêutica enfermeiro/doente fique comprometida (Breda e Cerejo, 2021).

Sladek, Swenson, Ritz & Schroder (1999) in Allard, 2007, identificam que, o processo de admissão e a preparação física das doentes absorve a maioria do tempo de preparação de enfermagem pré-operatória, deixando oportunidades mínimas para ensino, reforço de estratégias de autocuidado e suporte emocional.

De igual forma, Shahsavari (2015) afirma que estudos demonstram que doentes de cancro da mama dependem dos prestadores de cuidados para receberem informação necessária acerca da sua doença e sobre o controlo da mesma.

O enfermeiro é o profissional que se encontra mais bem posicionado para informar o cliente através de uma linguagem adequada e por isso salienta-se a relevância de uma consulta de enfermagem com uma estrutura que atenda às características e situação clínica de cada cliente (Gonçalves et al, 2017).

Identificada esta problemática e esta lacuna na prestação de cuidados na instituição onde exerço funções, fez sentido desenvolver este projeto de implementação da consulta de enfermagem pré-operatória (CEPO), com intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na mulher proposta para cirurgia por cancro da mama.

Com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem na mulher com cancro da mama em período pré-operatório e desenvolver competências como Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem, surge o projeto de intervenção, intitulado “Consulta de Enfermagem Pré-Operatória: Promoção do Autocuidado à Mulher com Cancro da Mama”.

Considerando apenas as mulheres, mundialmente, o cancro da mama é o mais diagnosticado, é a principal causa de morte por cancro e é também o cancro mais prevalente aos 5 anos, correspondendo a mais de 30% de casos de cancro nas mulheres num total de mais de 7,5 milhões de casos (*The Global Cancer Observatory, 2020; Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), 2020*). Considera-se que a probabilidade de uma mulher ter cancro ao longo da vida é de 1 em 8 e a probabilidade de falecer por esta causa é de 1 em 33 (SPO, 2020).

Cancro da mama refere-se a uma neoplasia epitelial maligna, o carcinoma da mama (CM), com capacidade de disseminação/metastização. A incidência do CM aumenta com a idade e o prognóstico é bom se detetado em estadios iniciais. No entanto, quando metastizado, é virtualmente incurável, sendo a segunda causa de morte por neoplasias na mulher (SPO, 2017).

Considerando o ano 2020, segundo a mesma fonte, ocorreram mundialmente mais de 2,2 milhões de novos casos de cancro da mama correspondendo a 11,7% da totalidade de novos casos e cerca de 680 000 mortes por cancro da mama (*The Glogal Cancer Observatory, 2020*).

Segundo o *The Glogal Cancer Observatory (2020)* a incidência de cancro da mama em Portugal foi de 7041 casos, correspondendo a 11,6% novos casos em 2020, constituindo a segunda causa de cancro, a seguir ao cancro colo rectal. A mortalidade associada ao cancro da mama foi de 1864 casos, correspondendo a 6,2% do total de mortes.

Sendo o cancro mais frequente nas mulheres, existe uma relação acentuada entre a incidência de cancro da mama e a idade, sendo que apenas um quarto dos cancros da mama ocorre antes dos 50 anos, e menos de 5% antes dos 35 anos. Na Europa, a incidência de cancro da mama tem vindo a aumentar nas mulheres jovens com idades abaixo dos 45 anos (SPO, 2017). Por outro lado, identifica-se um aumento da prevalência, motivada pelo aumento da incidência por um lado, e, por outro, pela melhoria no tratamento.

A mortalidade por cancro da mama tem vindo a reduzir, sendo os principais motivos identificados a melhoria no tratamento e a deteção mais precoce (SPO, 2017).

O tratamento do cancro da mama inclui, o tratamento local da doença com cirurgia, radioterapia, ou ambas e um tratamento sistémico com quimioterapia, terapêutica endócrina, terapêutica biológica ou uma combinação de todas (Gradishar et al, 2016). O tratamento cirúrgico pretende ser curativo e a maioria das mulheres é submetido a esse tratamento (Trescher et al, 2020). Esta abordagem tem como principal objetivo a segurança oncológica em equilíbrio com um bom resultado estético (SPO, 2020).

Dados relativos à monitorização da atividade cirúrgica do Plano Nacional da Doença Oncológica (PNDO, 2019) relativos ao primeiro semestre de 2019, indicam que as neoplasias malignas da mama corresponderam a 14,3% da atividade cirúrgica do período, com um total de 3816 cirurgias, com cerca de 146 cirurgias/semana (PNDO, 2019).

A cirurgia é um acontecimento crítico, uma realidade muitas vezes abruptamente imposta, provocando alterações profundas na vida de cada um, e implicações no bem-

estar e na saúde, nos padrões fundamentais da vida a nível individual e familiar (Santos et al, 2014).

O tratamento do cancro da mama pode diminuir a capacidade funcional das doentes e os efeitos secundários e complicações cirúrgicas, podem traduzir-se em efeitos negativos no corpo, na qualidade de vida e em problemas psicológicos nas doentes (Wang, 2020).

A enfermagem desempenha um papel importante no ensino das doentes e na promoção da saúde, no contexto do doente cirúrgico. A capacidade de avaliação e intervenção deverá começar numa abordagem estruturada precoce, na fase pré operatória, com uma consulta de enfermagem estruturada e eficaz com o objetivo de capacitar a mulher e família para uma gestão informada do seu percurso da doença.

Segundo a Associação dos enfermeiros de sala de operações Portugueses (AESOP), o conhecimento do doente e família é fundamental para prestação de cuidados de qualidade ao doente cirúrgico (AESOP, 2006).

A preparação pré-operatória deve visar a componente psicológica do doente cirúrgico, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar os estados emocionais sentidos, constituindo uma área em que os enfermeiros têm um papel fulcral no desenvolvimento, consolidação, crescimento e implementação de intervenções e mudanças (Santos et al, 2014).

A consulta de enfermagem que antecede o procedimento é uma importante ferramenta terapêutica, que proporciona ao paciente um espaço para esclarecer suas dúvidas e/ou dos familiares. Dentro do seu foco de atuação, nesse momento, o enfermeiro traz informações sobre o procedimento cirúrgico, outros tópicos que julgue necessários, visando diminuir as complicações cirúrgicas imediatas, estabelecer vínculo e identificar problemas, além de oportunamente fornecer educação precoce em saúde sobre a importância do autocuidado no pós-operatório (Neiva et al. 2020, Petterson et al. 2018).

A utilização da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, face ao enquadramento conceptual deste projeto e ao contexto do mesmo, é aquela que melhor resposta dá às necessidades da prática de enfermagem inerentes a uma consulta de enfermagem pré-operatória.

A ideia central da Teoria do Défice de Autocuidado é que, a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações nas suas atitudes e nas suas práticas, relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde pelo que, estas limitações as deixam completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes (Tomey & Alligood, 2002).

Esta noção, da capacidade existente ou não para o autocuidado e a necessidade de apoio para o autocuidado, constitui a essência da teoria geral do défice de autocuidado, uma vez que determina a necessidade da intervenção de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado (Queirós, Vidinha & de Almeida Filho, 2014).

O enfermeiro pode assim desempenhar um papel fundamental, uma vez que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, que se traduzem positivamente na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e das capacidade e aptidões do enfermeiro, enquanto prestador de cuidados à mulher e família com cancro da mama (Tomey & Alligood, 2002).

A implementação deste projeto surge como uma oportunidade para desenvolver uma consulta de enfermagem que se traduza num momento de interação e avaliação que promova o esclarecimento de dúvidas e preocupações, que forneça apoio emocional e orientações praticas em relação ao percurso de doença da mulher com cancro da mama e sua família ou cuidador.

Este relatório tem como finalidade documentar o percurso desenvolvido desde o início da elaboração do projeto de intervenção até à sua implementação que decorreu no 2.º ano 1.º semestre deste curso, pretende documentar esse percurso e o trabalho desenvolvido de forma critica e reflexiva, articulando o conhecimento, a evidência científica e o contributo das aprendizagens para o desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista e de enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e em Situação Paliativa (OE, 2019; OE, 2018), bem como as competências recomendadas pela *European Oncology Nursing Society (EONS) Cancer Nursing Education Framework* (EONS, 2022) e as definidas no âmbito das competências a adquirir para obtenção do grau de mestre (Diário da República(DR), 2006).

Os objetivos específicos definidos para o projeto foram: analisar a prática dos cuidados de enfermagem pré-operatórios à mulher com cancro da mama proposta para

cirurgia; identificar as intervenções de enfermagem a realizar em contexto de consulta pré-operatória de enfermagem promotoras do autocuidado à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia e planear as intervenções de enfermagem com o objetivo de implementar uma consulta de enfermagem à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia, no serviço internamento Cirurgia Geral da instituição onde exerço funções.

De forma a desenvolver as competências necessárias e atingir os objetivos propostos foram realizados 3 estágios em contextos hospitalares distintos: com a enfermeira *Nurse Navigator* da mama no Centro Oncológico do campo de estágio A (Hospital A), na Clínica de Atendimento Pré-Operatório do campo de estágio B (Hospital B) e no Serviço de Cirurgia Geral do campo de estágio C (Hospital C), correspondendo ao local onde exerço funções, num total de 450 horas distribuídas pelas 18 semanas correspondentes aos estágios, com início no dia 26 de Setembro de 2022 e término no dia 10 de Fevereiro de 2023.

Foram definidos como objetivos para a realização deste relatório: analisar e refletir sobre a componente científica e formativa inerente ao projeto de implementação delineado e o percurso efetuado nos campos de estágio, descrever e refletir sobre competências adquiridas em cada um dos campos de estágio e analisar o contributo do projeto para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados em consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama.

O relatório apresentado encontra-se estruturado em 4 capítulos principais, o primeiro após a presente introdução, aborda o enquadramento relacionando a evidência científica com a problemática e com o tema do projeto, o segundo a execução das tarefas previstas para cada um dos campos de estágio com uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas e os momento de aprendizagem, de seguida a avaliação do percurso efetuado nos campos de estágio, pontos fortes e pontos fracos do projeto e o contributo do mesmo para a qualidade dos cuidados de enfermagem e por último, a conclusão com uma síntese do percurso efetuado e as perspetivas futuras para o projeto de implementação desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a enquadrar a problemática e o tema do projeto, importa relacionar através da evidencia científica disponível o alvo dos cuidados, no caso, a mulher com cancro da mama proposta para cirurgia e o impacto que a doença e o tratamento tem na sua condição e na sua vivência individual e em família, de forma a implementar um conjunto de intervenções que minimizem esse impacto e melhorem o seu percurso de doença e tratamento.

Para Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), a metodologia de projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Pretende-se que esta metodologia se constitua como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico baseado na evidência disponível, para posteriormente ser aplicado na prática de cuidados.

Tendo em conta esta necessidade e tendo por base a problemática do projeto, foi realizada uma *scoping review* (APÊNDICE I), realizada com pesquisa nas bases de dados MEDLINE *complete* e na CINAHL *complete* (via EBSCO), tendo sido colocada a questão orientadora como base para a realização da revisão: **“Quais as intervenções de enfermagem à mulher proposta para cirurgia oncológica da mama em consulta pré-operatória de enfermagem?”**.

Pretendeu contribuir para aprofundar os conhecimentos e obter evidências sobre as intervenções a desenvolver no contexto desta consulta, integrando-as na prática de enfermagem de forma a garantir o melhor cuidado às doentes e a melhor satisfação nos cuidados.

1.1. A Mulher com Cancro da Mama Proposta para Cirurgia

A informação de um diagnóstico de cancro provoca vários sentimentos, inquietações e fragilidades nas pessoas e nos seus familiares em virtude da realidade imposta, de certa forma, todos passam a conviver com uma doença grave e com as mudanças de planos pessoais e profissionais que a mesma implica (Batista, Matos & da Silva, 2015).

Mesmo com os importantes avanços referentes ao diagnóstico e tratamento oncológico, ainda há muito a ser incorporado no cuidado à mulher com diagnóstico de cancro da mama e sua família, valorizando e respeitando seus sentimentos e expectativas após o diagnóstico da doença. Assim, ao sentirem-se apoiados e fortalecidos, apresentam melhores condições de vivenciar o cotidiano do diagnóstico e tratamento do cancro da mama que muitas vezes, é considerado pelas próprias um período sem fim (Ziguer, M., de Bortoli, C. & Prates, L., 2016).

O que habitualmente é designado por cancro da mama, refere-se a uma neoplasia epitelial maligna, o carcinoma da mama (CM), com capacidade de disseminação/metastização. O CM não pode ser considerado uma entidade clínica-patológica única, atualmente é vista como uma doença altamente heterogênea onde diferentes tipos de tumor exibem características histopatológicas e biológicas variáveis, com diferentes resultados e diferentes respostas às terapêuticas sistêmicas sendo indispensável a classificação em subtipos (SPO, 2020).

A caracterização histológica e a classificação dos tumores primários de mama, constituem uma fonte de informação indispensável para a definição do risco e da abordagem terapêutica mais apropriada. Esta avaliação consiste na definição das características morfológicas do tumor, com referência especial ao tipo histológico e grau, e avaliação dos principais fatores de prognósticos e preditivos da doença (RH, HER2, Ki67) (SPO, 2020; Gradishar et al 2016).

O CM é classificado em subtipos pelo exame anátomo-patológico segundo o tipo histológico (classificação da Organização Mundial da Saúde), o grau histológico (sistema de Elston & Ellis, 1991) e o estadió, sistema TNM (*American Joint Committee on Cancer*) (SPO, 2017).

O CM é caracterizado pelo *status* dos recetores hormonais (RH) (recetores de estrogénio [RE] e recetores de progesterona [RP]) e o fator de crescimento epidérmico 2 (HER2) que desempenham um papel *major* na determinação do fenótipo do tumor e nas decisões terapêuticas (SPO, 2020).

Na prática clínica, apesar da heterogeneidade do cancro da mama, identificam-se três grande subtipos biológicos: recetor hormonal positivo/HER2, HER2 positivo e triplo negativo (SPO, 2020), conhecendo as características morfológicas e biológicas do tumor será possível ter um fator preditor do comportamento do cancro e determinar

terapêuticas dirigidas para o cancro da mama identificado, nomeadamente com terapêutica hormonal e anticorpos monoclonais, podendo dessa forma melhorar os resultados do tratamento.

O sistema TNM classifica o estadio anatómico do tumor, baseado na maior dimensão do tumor primário (T), na ausência ou presença de metástases nos gânglios linfáticos regionais (N) e na ausência ou presença de disseminação metastática à distância (M) e permite o estadiamento do CM. A classificação nos diferentes estadios é o fator mais importante na determinação da terapêutica e do prognóstico. O estadio deve ser estabelecido nas diferentes fases do percurso da doença, no diagnóstico e antes do estabelecimento da terapêutica, sendo determinado pelo exame físico, exames laboratoriais e imagiológicos (estadio clínico - cTNM), após a cirurgia (estadio patológico - pTNM), determinado pela avaliação das peças operatórias e após terapêutica neoadjuvante (ypTNM) (SPO, 2020).

Atualmente este sistema de estadiamento para além dos dados anatómicos, inclui também informação prognóstica relacionada com a biologia do tumor (grau, expressão de recetores de estrogénio e progesterona, HER2 e testes genéticos se aplicáveis e disponíveis) (SPO, 2020).

A causa da maioria dos casos de cancros da mama não é conhecida, no entanto foram identificados vários fatores de risco para o mesmo. Estes incluem, o sexo feminino, aumento da idade, história familiar de cancro da mama em idade jovem, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, terapêutica hormonal de substituição prolongada e mutações genéticas (...) no entanto, à exceção do sexo feminino e do aumento da idade, estes fatores de risco estão associados apenas a uma minoria dos cancros da mama (Gradishar et al, 2016).

A mamografia mantém-se a técnica de eleição na deteção precoce do cancro da mama (CM) na população em geral e a utilizada nos programas de rastreio de base populacional (SPO, 2017).

Segundo Lourenço, Mauad & Vieira (2013) o rastreio por meio de mamografia é a melhor metodologia de prevenção secundária a nível populacional, constituindo medida de intervenção, promovendo a deteção precoce na fase assintomática, contribuindo para a redução substancial da morbi-mortalidade causada pelo diagnóstico tardio, associando-se a uma diminuição da mortalidade por cancro que chega aos 35%.

O tratamento do cancro da mama inclui, o tratamento local da doença com cirurgia, radioterapia, ou ambas e um tratamento sistémico com quimioterapia, terapêutica endócrina, terapêutica biológica ou uma combinação de todas (Gradishar et al, 2016), o tratamento cirúrgico pretende ser curativo e a maioria das mulheres é submetido a esse tratamento (Trescher et al, 2020; Allard, 2007).

A tendência atual da cirurgia do cancro da mama é conseguir o melhor controlo local com o mínimo de morbilidade (SPO, 2017). Segundo o Manual de Oncologia da SPO (2020), nos últimos anos, 60% a 80% dos cancros de mama são diagnosticados em estadios I e II, o que tem permitido um aumento progressivo das taxas de cirurgia conservadora, com impacto positivo na qualidade de vida.

A eficácia e segurança oncológica da cirurgia conservadora da mama com radioterapia adjuvante está claramente documentada na literatura com evidência significativa, com resultados de sobrevida global e sobrevida livre de doença estatisticamente sobreponíveis aos conseguidos com a mastectomia (SPO, 2020; Gradishar et al, 2016).

O tratamento cirúrgico para o cancro da mama inclui tumorectomia (cirurgia conservadora), mastectomia parcial, mastectomia total com ou sem reconstrução, mais biopsia do gânglio sentinela com ou sem esvaziamento axilar (Wilson, 2016).

A Cirurgia Conservadora da Mama consiste na ressecção parcial da mama que contém o tumor com margem negativa, associada a cirurgia axilar (SPO, 2020). A cirurgia conservadora está indicada sempre que a doente apresente condições para realizar radioterapia adjuvante, e quando a relação entre o volume de tumor/volume da mama permita a tumorectomia com margens livres e um resultado estético aceitável. O tratamento sistémico neoadjuvante pode permitir, ao diminuir o volume do tumor primário, uma cirurgia conservadora, em situações em que primariamente esta seria impossível (SPO, 2017).

A mastectomia está reservada para doentes com carcinomas invasivos localmente avançados, lesões multicêntricas e multifocais, quando existe alguma contra-indicação para terapêutica com radioterapia ou por decisão da própria doente após esclarecimento adequado (SPO, 2020; SPO, 2017).

A técnica cirúrgica da mastectomia tem sofrido alterações significativas por base em ensaios e evidência obtida. A mastectomia radical de Halsted (que envolvia a

mastectomia, esvaziamento axilar extenso e ressecção de músculos peitorais) atualmente não é indicada na maioria das situações. Existe evidência que demonstrou equivalência de resultados entre esta técnica e a mastectomia radical modificada (mastectomia com linfadenectomia axilar) (SPO, 2020).

Seguindo o objetivo do melhor controlo da doença possível, com menor agressão cirúrgica e atendendo ao resultado estético, nos últimos anos surgiram novas técnicas de mastectomia que permitem a reconstrução mamária imediata, nomeadamente a mastectomia poupadora de pele e/ou de complexo areolo mamilar. A todas as doentes submetidas a mastectomia deve ser oferecida a reconstrução mamária, imediata ou diferida (SPO, 2020).

Assim, a mulher com CM proposta para cirurgia irá ser submetida sob anestesia geral no bloco operatório, a uma cirurgia conservadora da mama ou a uma mastectomia, dependendo de cada caso com ou sem reconstrução. Normalmente associada à técnica cirúrgica, existe cirurgia axilar que consiste na biopsia do gânglio sentinela. Este exame é de extrema importância uma vez que, através de um exame extemporâneo efetuado de imediato no serviço de anatomia patológica permite avaliar o envolvimento ou não desse gânglio com células do cancro da mama, condicionando ou não a necessidade de adaptação da técnica cirúrgica e da necessidade de ser efetuado um esvaziamento ganglionar axilar.

O exame do gânglio, bem como da peça cirúrgica, permitirá o estadiamento patológico do tumor e determinar o tratamento adjuvante mais adequado à doente.

A cirurgia constitui-se como uma nova realidade que provoca alterações profundas na vida de cada indivíduo, tendo implicações importantes no bem-estar e na saúde, nos padrões de vida ao nível individual e familiar. A cirurgia é ao mesmo tempo uma transição no processo da doença (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017).

Para Santos, Martins & Oliveira (2014), o peso e importância dos estados emocionais como a ansiedade, a depressão e o *stress* na pessoa que vai realizar uma cirurgia é indiscutível, uma vez que, se trata de um acontecimento crítico, percecionado como uma realidade desconhecida e assustadora.

O desconhecimento do procedimento cirúrgico é, provavelmente, um dos fatores que gera maior insegurança nas mulheres, por implicar mudanças no estilo de vida e ameaça para sua integridade (Alves et al, 2011). No entanto é necessário manter

presente a ideia de que, muitas vezes associada à preocupação e ao desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico, subsistem outras preocupações latentes na mulher, nomeadamente as implicações relacionadas com o tratamento no quotidiano da mulher e da família e os efeitos negativos relacionados com o cancro, tais como o medo de rejeição, o estigma da doença, o medo da mutilação, da recidiva e da morte (Nascimento et al, 2015).

O tratamento do cancro da mama pode diminuir a capacidade funcional das doentes e os efeitos secundário e complicações cirúrgicas, podem traduzir-se em efeitos negativos no corpo, na qualidade de vida e em problemas psicológicos (Wang, 2020).

A mastectomia é uma intervenção temida e que interfere no estado físico, emocional e social, resultando na mutilação de uma região do corpo importante para a mulher vista como um símbolo da feminidade. Este processo interfere na sexualidade, na autoimagem, na autoestima e na estética feminina altamente valorizada (Nascimento et al, 2015; Alves et al, 2011). Quando a opção de tratamento envolve a mastectomia como cirurgia, as sequelas cirúrgicas podem impactar negativamente no funcionamento físico e psicológico da paciente, podendo consequentemente ter também um impacto negativo na sua qualidade de vida (Tiezzi et al, 2017).

Estudos demonstram que doentes de cancro da mama dependem dos prestadores de cuidados para receberem informação necessária acerca da sua doença e sobre o controlo da mesma (Shahsavari, 2015).

O período pré-operatório ganha, neste contexto um papel importante e fundamental, deve atender as necessidades da doente, deve não só incluir as informações referentes ao processo cirúrgico, mas também ter em atenção as necessidades psicológicas e emocionais da mulher e da família.

Trescher et al (2019), face a este contexto recomenda que a informação e a tomada de decisão terapêutica devem contemplar a participação da mulher de forma a obter melhores resultados psicológicos, menores níveis de ansiedade e depressão, maior otimismo quanto ao futuro e melhor funcionamento físico e psicológico no período peri operatório.

A enfermagem desempenha um papel importante no ensino dos doentes e na promoção da saúde, no contexto do doente cirúrgico. A capacidade de avaliação e intervenção deverá começar numa abordagem estruturada precoce, na fase pré-

operatória, com uma consulta de enfermagem estruturada e eficaz com o objetivo de capacitar a mulher e família para uma gestão informada do seu percurso de doença.

Torna-se desta forma essencial promover um momento de interação e avaliação que promova o esclarecimento de dúvidas e preocupações, que forneça apoio emocional e orientações práticas em relação ao percurso de doença da mulher com cancro da mama e sua família ou cuidador.

Da mesma forma é essencial dominar o conhecimento sobre o cancro da mama e sobre a mulher com cancro da mama. É necessário conhecer o impacto que a doença pode ter na mulher e sua família para, dessa forma, ser possível identificar e dirigir as intervenções de enfermagem, para um plano de cuidados que reflita as suas efetivas necessidades.

1.2. Consulta de Enfermagem Pré-Operatória à Mulher com Cancro da Mama

O pré-operatório corresponde ao período que decorre desde a indicação para cirurgia até a véspera da realização da mesma, ou seja, 24 horas antes do ato cirúrgico, período esse designado como o período pré-operatório imediato.

Sem dúvida que o desconhecimento relacionado com todo o procedimento cirúrgico, desde à anestesia, aos exames complementares e às técnicas de marcação da mama, é um dos fatores que gera maior insegurança nas mulheres, por implicar mudanças no estilo de vida e ameaça para sua integridade. A esse fator pode acrescer a incerteza da própria cirurgia, do resultado e do tratamento após a mesma.

Alves et al (2011) numa revisão realizada, observaram que as mulheres com cancro da mama enfrentam sentimentos como o medo, apreensão e preocupação, presentes de forma generalizada nos momentos que antecedem a cirurgia, sinalizando diretamente para a falta de informação e esclarecimento referentes à doença, ao tratamento e à própria cirurgia.

Para Gonçalves, Cerejo & Martins (2017), a equipa de enfermagem tem a responsabilidade de ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, com as circunstâncias e complexidades que envolvem o momento cirúrgico, de modo a este poder adquirir um certo sentimento de domínio.

A implementação do projeto da consulta de enfermagem pré-operatória assume particular relevância uma vez que segundo o último relatório do Plano Nacional de Doença Oncológica (PNDO) de 2019, o período médio de espera desde a indicação cirúrgica até à cirurgia era de 37,89 dias. Durante esse período, após a comunicação da indicação cirúrgica telefonicamente a mulher com cancro da mama, não tem qualquer contacto com nenhum profissional de saúde principalmente com nenhum enfermeiro.

Para Mendes, Ferrito & Gonçalves (2020) e Petterson et al (2016), a consulta de enfermagem pré-operatória pode ser entendida como o ponto de partida para a construção de uma relação de confiança entre o cliente e o enfermeiro, fundamentando a abordagem dos cuidados centrados no cliente.

O enfermeiro destaca-se como o profissional de saúde com maior possibilidade de estar próximo e conhecer o paciente, cabendo-lhe promover a comunicação e realizar as orientações de maneira sistemática (Trescher et al, 2020). Intervenções de enfermagem baseadas numa comunicação eficaz, estruturada, aberta e adaptada à partilha de informação vão promover o seu conforto e bem-estar de forma a sentir-se mais confiante para colocar as suas dúvidas e receios (Mendes, Ferrito & Gonçalves, 2020).

Deve ser promovida a participação da mulher no seu processo de tratamento de forma a permitir que esta se torne sujeito empenhado no seu plano de cuidados e de tratamentos (Alves et al 2011). Esse envolvimento em conjunto com intervenções pedagógicas educativas promovem uma maior implicação da doente com o seu autocuidado, tornando-a mais capaz de lidar com a sua condição de saúde, promovendo o seu *empowerment* e capacitando-a para mitigar o aparecimento de complicações futuras (Trescher et la, 2020).

A consulta de enfermagem está definida, segundo o DR, na Portaria n.º 306-A/2011 do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2.º, alínea g), como “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (DR, 2011, pág.5348-(2)).

Para Mendes & Ferrito (2021), A CEPO é uma intervenção complexa e autónoma, que contempla um conjunto de atividades com a finalidade *major* de conhecer o cliente e de o informar sobre todo o seu percurso cirúrgico, atendendo às suas necessidades e expetativas. Breda e Cerejo (2021), reforçam que a CEPO é uma atividade autónoma

fulcral para a preparação pré-operatória e a recuperação cirúrgica, sendo um momento que privilegia a transmissão de informações verbais e escritas importantes na prevenção de lacunas aquando da preparação para a cirurgia, bem como na promoção do autocuidado após a mesma.

É importante em termo de consulta de enfermagem o desenvolvimento de competência em relação à sua estrutura, à relação terapêutica a estabelecer com a doente e principalmente o desenvolvimento de competências e *skills* comunicacionais que permitam estabelecer uma relação de confiança e partilha que possibilite, avaliar efetivamente as necessidades da mulher que está presente na consulta e sua família e que consigam ir de encontro as suas expectativas, medos e receios.

Alves et al (2010), dá ênfase a essa necessidade de uma avaliação e abordagem holística da mulher e sua família. Para estes autores, o enfermeiro deve adotar estratégias de cuidado baseadas não somente no conhecimento técnico-científico, mas também no conhecimento das expectativas e percepções da paciente em relação à cirurgia, de forma a contemplar a mulher nos seus aspetos físicos, emocionais e sociais e, com isso, sistematizar a assistência a ser realizada neste período.

A promoção do autocuidado, o bem-estar e a promoção do restabelecimento funcional o mais rápido possível, com o mínimo de complicações, foi definido como o foco do projeto de implementação e da consulta de enfermagem a realizar. Pretende-se com esta consulta prestar a informação necessária e de acordo com as expectativas da doente que lhe permita uma gestão informada e partilhada do seu percurso de doença e ao mesmo tempo estabelecer um processo de enfermagem individualizado e centrado nas necessidades da mulher e sua família, com ênfase nos déficits de autocuidado e na implementação de intervenções direcionadas para a satisfação das necessidades afetadas, fundamentadas pela melhor evidência disponível.

Nesse sentido a *scoping review* realizada (APÊNDICE I), permitiu identificar categorias ou temas de intervenção em contexto de consulta pré-operatória no sentido de dar resposta às necessidades da doente com cancro da mama: necessidades psicossociais, necessidades educacionais e recomendações para a operacionalização da consulta de enfermagem e consequente resposta ao seu défice de autocuidado. As necessidades encontradas e evidenciadas, para além de fundamentarem parte da problemática e do diagnóstico de situação encontrado, permitiram orientar a consulta de

enfermagem em termos de informação, comunicação e da relação a estabelecer com a mulher e família.

1.3. Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a sua Aplicação nos Cuidados

Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação (...) prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (OE, 2018)

Os cuidados são implementados com qualidade, quando os profissionais de saúde atendem às necessidades da pessoa que vivência o processo de saúde/doença, de forma individualizada e direcionada, estabelecendo dessa forma uma relação de confiança e vínculo proporcionando ao doente melhores resultados (Silva et al 2020).

Na prestação de cuidados de enfermagem em contexto cirúrgico, a intervenção dos enfermeiros ultrapassa o próprio ato anestésico/cirúrgico e remete para um período mais amplo que é o perioperatório (AESOP, 2006). Para o desenvolvimento das atividades em enfermagem perioperatória é essencial mobilizar diversos conhecimentos teóricos e práticos através de um processo bem delineado (*Association of periOperative Registered Nurses*, 2018 in Breda & Cerejo 2018). Estas atividades e cuidados devem ser sustentadas em teorias e modelos que deem resposta às necessidades dos doentes.

Queirós, Vidinha & Almeida Filho (2014), citando Chinn & Kramer (2004) referem que os modelos conceptuais e teóricos criam mecanismos pelos quais os enfermeiros podem comunicar as suas convicções profissionais, proporcionando uma estrutura moral/ética para orientar as suas ações e favorecem um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem e a sua prática.

Os conceito e postulados de Dorothea Orem são de grande relevância para a construção do conhecimento no campo das bases teóricas e filosóficas de enfermagem, como guia da prática, no que se refere às necessidades do autocuidado (Bezerra et al 2018).

O modelo conceitual do autocuidado de Orem é considerado adequado ao que é preconizado na educação em saúde e leva em consideração o comprometimento individual (Silva et al. 2020), tendo em conta dois aspectos fundamentais: a promoção de saúde por meio de intervenções educacionais do enfermeiro (...); tratamentos e cuidados de longo prazo relacionados com o desenvolvimento de condições crônicas de doenças e necessidades de cuidados particulares (Bezerra et al 2018).

Autocuidado é definido por Orem, como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. E acrescenta que este autocuidado é universal por abranger todos os aspectos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diárias e às atividades instrumentais (Queirós, 2014).

Dorothea Orem descreve a Teoria do Défice de Autocuidado (TDAC) como uma teoria geral de enfermagem. Considera a TDAC como uma teoria composta por três teorias inter-relacionadas: 1) Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; e 3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

A teoria do autocuidado, engloba três grupos conceituais, o autocuidado, as atividades para o autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando a pessoa atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização, designamos por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

A capacidade de autocuidado só é afirmada quando o indivíduo é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar (Santos et al, 2017).

A TDAC, constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem. O déficit de autocuidado consiste no resultado deficitário após a relação entre as capacidades de autocuidado e a necessidade de autocuidado terapêutico (Pires et al, 2015). Queirós

(2014), afirma que as pessoas podem oscilar nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio perante as situações de transição, em que a mesma não se consegue adaptar favoravelmente.

O momento do diagnóstico de cancro da mama, envolve uma série de questões relacionadas às mudanças e à fase de adaptação, que afetam diretamente a qualidade de vida da mulher. Neste sentido, dúvidas relacionadas à autoimagem e ao bem-estar, levam a um esforço considerável para estas mulheres que, na maioria das circunstâncias se encontram fragilizadas enfrentando esta nova realidade (Silva et al, 2020).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem sugere que a enfermagem é uma ação humana, pois estes são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

Foram identificados na TDAC três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento, e de desvio de saúde. Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento, estão associados com processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Os requisitos de desenvolvimento ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo. Os requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação (Pires et al 2015). As características dos desvios de saúde, enquanto situações que se prolongam no tempo, determinam quais as necessidades de cuidado que as pessoas sentem enquanto vivem o processo de doença (Tomey & Alligood).

Num estudo citado por Silva et al (2020), dúvidas em relação às atividades que devem fazer parte do quotidiano e às restrições na realização de atividades diárias, mostram a necessidade das mulheres com cancro da mama em terem acesso a informações que possibilitem a realização do autocuidado, de forma a evitar complicações no seu processo cirúrgico.

Quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de autocuidado, as pessoas experienciam desvios de saúde e necessitam de cuidados, de forma a satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Santos 2017). Desta forma é essencial a intervenção e o papel da enfermagem como descrito na TDAC.

Orem identificou os três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são: 1) sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só e 3) apoio educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Tomey & Alligood, 2002 in Queirós et al 2014).

Lau & Chamberlain (2017) citado por Breda & Cerejo (2021), defendem a implementação pré-operatória de uma avaliação multidisciplinar, através de consultas, que permitam aos diferentes profissionais de saúde identificar fatores de risco, informar o doente sobre todo o processo cirúrgico e satisfazer as suas necessidades, com o objetivo de minimizar as morbidades, o tempo de internamento e aumentar a satisfação do doente e qualidade de vida.

Para Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um plano e intervir, mobilizando as competências do enfermeiro e determinando os requisitos, a competência e as necessidades para o autocuidado. Nessa lógica, Orem identificou 5 métodos que os enfermeiros podem utilizar individualmente ou em combinação quando cuidam da pessoa: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar (Tomey & Alligood, 2002).

Tomey & Alligood (2002) citados por Santos et al (2017) salientam que é na satisfação das necessidades para o autocuidado, que o papel do enfermeiro é fundamental, já que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm uma intervenção decisiva.

A pertinência da TDAC de Orem na consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama, reside no potencial para a aprendizagem da mulher e família como forma de, através do seu envolvimento, desenvolver uma prática de cuidados capaz de suprimir as necessidades no autocuidado, ou quando não for possível,

através de apoio educativo, desenvolver uma série de procedimentos, orientações e intervenções que deem resposta a essa necessidade até ao momento da sua autonomia.

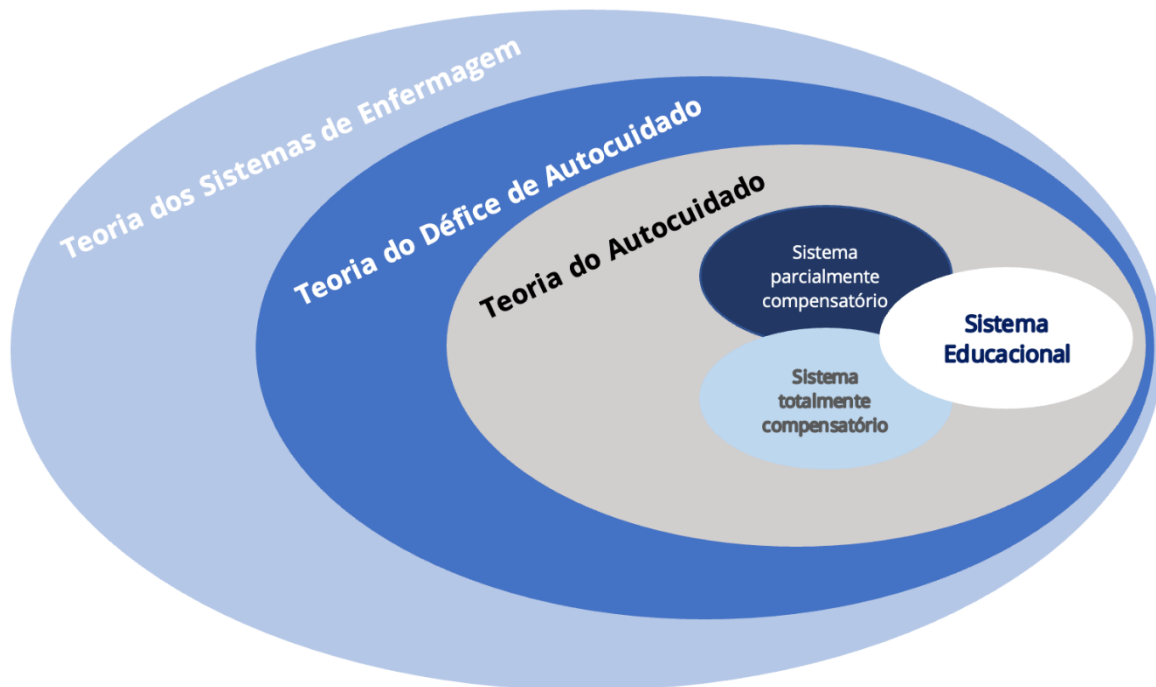


Figura 1-Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Adaptado de: Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

A metodologia de projeto associada aos cuidados de enfermagem, baseia-se na identificação de um problema real da prática de cuidados e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua solução (Ferrito, Nunes & Ruivo 2007).

Foi identificada na instituição onde exerço funções, a necessidade de intervir precocemente num período crítico como é o período prévio à realização de uma intervenção cirúrgica, de forma a avaliar as necessidades específicas de cada mulher, família e cuidador e promover através de um sistema educativo as capacidades e habilidades necessárias para o seu autocuidado.

O percurso para a concretização dessas estratégias e intervenções com vista à solução do problema identificado, teve início na unidade curricular Opção II, com a construção e planeamento do projeto da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama.

Este capítulo pretende descrever o percurso desenvolvido, quer para a implementação das estratégias e intervenções para a resolução do problema identificado, quer para o desenvolvimento das competências necessárias como enfermeiro especialista e como mestre nos cuidados de enfermagem à mulher com cancro da mama.

Para Benner (2001), para o desenvolvimento da boa prática em enfermagem é necessário que o profissional desenvolva o seu carácter, conhecimento e a competência de forma integrada aliando essa prática e as vivências profissionais com o conhecimento teórico. A mesma autora, no seu modelo de aquisição de competências considera a experiência profissional como base do desenvolvimento de competências, afirmando também que o conhecimento prático é adquirido com a vivência de situações reais.

Desta forma com o objetivo de proporcionar esse desenvolvimento de competências integrado foram selecionados três campos de estágio distintos.

Este capítulo pretende descrever a execução das tarefas planeadas, as vivências e experiências em contexto dos estágios realizados e a forma como as mesmas contribuíram para o desenvolvimento das competências propostas.

Para Ferrito, Nunes & Ruivo (2007), a fase da Execução das tarefas previstas, embora seja a mais trabalhosa, é a mais proveitosa. Esta fase materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado no projeto e assume uma importância para

quem implementa o projeto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

A realização dos estágios foi fundamental principalmente para o desenvolvimento das competências, para o crescimento profissional e para a construção de conhecimento relacionado com o cancro da mama, o seu tratamento e o impacto que os mesmos têm na mulher e sua família. Foram igualmente importantes no sentido que, permitiram confirmar algumas das necessidades e intervenções identificadas na evidencia científica e através da *scoping review* realizada. Permitiram também, identificar outras necessidades através do contacto direto com a mulher e sua família em consulta e através dos testemunhos dos enfermeiros orientadores e equipas dos serviços onde foram realizados os estágios.

Os três estágios foram planeados em contextos clínicos diferentes, de acordo com os objetivos estabelecidos e as competências a desenvolver. O primeiro estágio decorreu no Centro Oncológico de uma unidade hospitalar privada num contexto *Nurse Navigator* na área da mama, o segundo estágio realizou-se numa unidade hospitalar pública, numa clínica de atendimento pré-operatório, tendo o último campo de estágio correspondido ao serviço de cirurgia geral na instituição onde exerce funções, também no sector público.

De seguida serão descritas sequencialmente as atividades planeadas e realizadas em cada um dos estágios realizados, os objetivos e competências a desenvolver em cada um deles e os indicadores de resultados para os mesmos

2.1. Campo de Estágio A – *Nurse Navigator* da mama em Centro Oncológico

O Centro Oncológico do Hospital A, é o local onde são orientados e planeados os cuidados necessários ao doente oncológico de acordo com as suas necessidades. Foi selecionado como local para realização do primeiro estágio, precisamente por na instituição e no serviço estar implementado o modelo de *Nurse Navigator* para acompanhamento da mulher com cancro da mama. O conceito de *Nurse Navigator* presente no Hospital, permite uma prestação de cuidados centrados no doente em todo o trajeto da doença, articulando os cuidados com a equipa multidisciplinar, minimizando efeitos secundários e acompanhando o doente e família no seu percurso da doença respondendo às suas necessidades.

Este estágio decorreu entre o dia 26 de setembro e o dia 4 de novembro de 2022.

A falta de experiência profissional e o conhecimento limitado na área do tratamento do cancro da mama, foi identificada desde o início da construção e planeamento deste projeto como uma lacuna a ser preenchida. Um objetivo delineado nesta fase foi selecionar os campos de estágio criteriosamente de forma a ser possível quer um desenvolvimento de competências nesta área, quer a construção de um conhecimento baseado nas experiências e na evidencia que permitissem dar resposta a quaisquer necessidades da mulher com cancro da mama ao longo do seu percurso de tratamento.

Mais do que o mero investimento no conhecimento e competências no tratamento cirúrgico, o investimento nas outras fases do tratamento da mulher com cancro da mama era uma necessidade patente.

Foi estabelecido como objetivo geral para a realização deste estágio: **Desenvolver competências como enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente paciente oncológico e mestre na prestação de cuidados de enfermagem à mulher proposta para cirurgia por cancro da mama e sua família/cuidador.** De forma a ser possível a concretização desse objetivo, foram estipulados objetivos específicos com atividades planeadas e indicadores de resultado para os mesmos.

- Descrever a estrutura organizacional da equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.

A concretização deste objetivo passava quer pela integração na equipa multidisciplinar do serviço por meio do conhecimento das suas dinâmicas e do conhecimento da sua estrutura. De forma a realizar este objetivo foram planeadas algumas atividades, nomeadamente houve necessidade de apresentar o projeto à equipa e os objetivos estipulados para o estágio.

No primeiro dia de estágio foi possível através de uma reunião formal com a enfermeira coordenadora do serviço apresentar o meu projeto e demonstrar o interesse do mesmo para a problemática encontrada. Nesse dia foi possível conhecer parte da equipa do serviço, conhecer a estrutura física e a área assistencial do mesmo e fui

apresentado à enfermeira orientadora do estágio, a enfermeira *Nurse navigator* da área da mama.

Com a enfermeira orientadora foi possível conhecer mais do papel desempenhado pela enfermeira de navegação integrada num serviço e numa unidade hospitalar, conhecer um pouco do histórico deste projeto a nível nacional e da própria instituição.

Foi também apresentado à enfermeira orientadora o projeto que levou à realização do estágio e em que medida o mesmo, através dos objetivos delineados e atividades planeadas contribuiriam para o projeto.

Para o cumprimento deste objetivo foram também planeadas outras atividades, nomeadamente: consulta de documentos relacionados com a estrutura organizacional e funcional da equipa; identificação das intervenções de enfermagem e forma de ligação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

O papel desempenhado pela enfermeira orientadora foi fundamental para promover a integração no campo de estágio e na equipa e a concretização dos objetivos delineados para o mesmo.

O *feedback* e a abertura da equipa em termos de disponibilidade e transmissão de conhecimentos, identificação de intervenções de enfermagem e necessidades, foi enriquecedor e um contributo importante para o desenvolvimento de competências, promovendo a minha integração na equipa multidisciplinar, tendo sido elaborado um texto descritivo sobre o serviço sua missão, valores e funcionamento, da equipa multidisciplinar (APÊNDICE II).

- Analisar a prática dos cuidados de enfermagem pré-operatórios à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia.

Para atingir este objetivo foram propostas as quatro atividades interligadas: observação das consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira orientadora; Identificação das necessidades demonstradas pela mulher com cancro da mama em consulta de enfermagem; identificação das necessidades demonstradas em contexto pré-operatório e reflexão crítica sobre cuidados prestado em consulta.

Esperava-se perante estas atividades planeadas, a realização da consulta pré-operatória de enfermagem a três mulheres com cancro da mama e a identificação das

necessidades apresentadas pela mulher com cancro da mama em CEPO integrando as mesmas com as necessidades e intervenções identificadas na revisão *scoping* e refletindo criticamente sobre os cuidados e intervenções realizadas em consulta.

Ambos os resultados esperados foram atingidos, tendo o resultado referente à realização das consultas sido superado. O facto de o ensino clínico possibilitar o acompanhamento da mulher nas diferentes etapas da doença, permitiu a realização de quatro consultas pré-operatórias, três visitas pós-operatória e três consultas de *follow-up* telefónico a mulheres com cancro da mama, sendo estas últimas, a doentes pós tratamento de quimioterapia.

Um papel importante desempenhado pelo enfermeiro é, aconselhar as pacientes a prevenir ou minimizar os problemas que podem surgir após o tratamento cirúrgico do cancro da mama (Koçan & Gürsoy, 2023).

As consultas de *follow-up* telefónico são uma estratégia útil para a gestão e controlo de sintomas (Moretto, Contim & Santo, 2019). Os mesmos autores identificam resultados positivos desta intervenção, no controlo de sintomas relacionados com a doença e no sofrimento emocional e na melhoria da qualidade de vida.

É identificada também a eficácia do seguimento telefónico como estratégia mediadora ou moderadora de ações para o autocuidado, melhorando a perceção da própria doente acerca da sua capacidade tomar decisões e realizar atividades para o seu autocuidado (Moretto, Contim & Santo, 2019).

As visitas pós-operatórias, neste contexto de estágio funcionam como um complemento da preparação para a alta iniciada na consulta pré-operatória e durante o internamento.

A intervenção educativa de enfermagem realizada nesta fase do tratamento cirúrgico, aumenta a competência da mulher para o autocuidado no domicílio principalmente nas dimensões do conhecimento e da antecipação de possíveis complicações, permitindo uma capacitação para uma melhor gestão dos seus cuidados e das suas necessidades (Mesa et al, 2019).

O *continuum* de cuidados destas intervenções, melhora a qualidade dos cuidados prestados à mulher com cancro da mama permitindo, também um apoio emocional e educativo nas diferentes etapas do tratamento, proporcionando de igual forma, um

maior vínculo entre os profissionais/instituição e a doente e seus cuidadores (Moretto, Contim & Santo, 2019).

Quer a observação das diversas consultas nos diferentes contextos de tratamento permitiram ir de encontro ao levantamento das necessidades apresentadas pelas mulheres em CEPO, permitindo alcançar o outro indicador de resultado que tinha a ver com o início da construção de uma grelha de levantamento dessas mesmas necessidades e das intervenções de enfermagem a implementar na consulta.

No período pré-operatório é importante que o enfermeiro esteja atento aos sentimentos e preocupações manifestadas pela doente, procurando dessa forma ir de encontro às suas necessidades, minimizando o impacto do tratamento cirúrgico e possíveis complicações. A sistematização por meio da construção de uma grelha de necessidades permite a organização dos cuidados de enfermagem de forma a atender às necessidades e problemas vivenciados pela mulher, permitindo ao mesmo tempo definir eventuais diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem a partir de um referencial teórico (Trescher et al, 2020).

Segundo a *Oncoly Nursing Society* (2017), um *Nurse navigator* 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. Utilizando o processo de enfermagem, este enfermeiro fornece educação e recursos para facilitar a tomada de decisões informadas e o acesso oportuno à saúde de qualidade e aos cuidados psicossociais em todas as fases do continuum do tratamento do cancro.

As atividades associadas ao enfermeiro neste programa e a interação existente entre o enfermeiro a mulher e sua família, permitem uma prestação de cuidados de enfermagem especializados e personalizados de acordo com as necessidades identificadas. O *Nurse navigator* torna-se o profissional de referência para a mulher com cancro da mama, desde o seu diagnóstico, prestando a informação necessária, promovendo o acesso atempado aos cuidados de saúde e tratamentos necessários, atuando como elo entre outros elementos da equipa multidisciplinar durante o seu percurso de tratamento.

As consultas realizadas têm como finalidade mais do que transmitir informações sobre o método de tratamento indicado, promover uma comunicação eficaz e uma

relação terapêutica com a doente. Dessa forma será possível prestar o apoio emocional necessário, promover o envolvimento da mulher com o seu tratamento, melhorar a adesão terapêutica e capacitar a mulher e família para uma gestão informada durante todo o percurso do tratamento que lhe permita uma melhor gestão de sintomas e diminuição de complicações (Trescher et al, 2019; Moretto, Contim & Santo, 2019).

Para Petterson et al (2018), a comunicação é uma ferramenta importante na consulta de enfermagem. Quando se consegue estabelecer uma relação terapêutica, o enfermeiro permite à doente uma sensação de controle da situação.

Na realização das consultas, e para que se estabeleça uma relação terapêutica, existe necessidade de adotar técnicas de comunicação adaptadas à situação e particularidades da mulher a quem é realizada a consulta, possibilitando a avaliação efetiva das suas necessidades, medos e receios (Brown, Refeld & Cooper, 2018).

Malley et al (2015), enfatizaram que a ausência de comunicação resulta na falha em atender às expectativas da doente, sobrecarregando o cuidado que é intensificado e ampliado e afetando a satisfação da cliente.

Foram realizadas de forma autónoma quatro consultas de enfermagem pré-operatórias. Na realização dessas consultas foram considerados os princípios da comunicação e da relação terapêutica, procurando mais do que fornecer informações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico programado e os cuidados pré e pós-operatórios necessários, promover um diálogo que permita ir de encontro às expectativas da doente e de encontro ao seus medos e receios quer com o tratamento quer com o percurso da doença.

A comunicação terapêutica segundo Santos et al (2010) é a utilização da competência interpessoal, com vista a atender às necessidades do paciente em todas as suas dimensões. É a habilidade do profissional em usar o seu conhecimento sobre comunicação, estabelecendo uma relação efetiva e consciente com a doente, de modo a ajudá-la a enfrentar os seus medos e inseguranças, criando oportunidades de aprendizagem e despertando nas pessoas sentimentos de confiança.

A utilização da comunicação terapêutica, pressupõe o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa, a sua identidade, a sua privacidade, a sua intimidade e a confidencialidade da informação (Peláez, 2003).

A finalidade da visita pós-operatória é orientar e encaminhar a mulher para os cuidados e consultas pós-operatórias e o reforço dos ensinamentos realizados e dos cuidados pós-operatórios através da promoção do autocuidado no domicílio (Mesa et al, 2019).

As consultas de *follow-up* são realizadas telefonicamente após cada tratamento de quimioterapia, têm como finalidade o apoio emocional e a gestão de sintomas (Moretto, Contim & Santo, 2019). As intervenções realizadas nesta consulta permitem, tal como no projeto a utilização do referencial teórico de Orem (2001), utilizando o sistema de apoio educativo para preparar e capacitar a mulher para uma melhor gestão dos seus sintomas.

Em ambas a situação foi possível perceber que efetivamente o enfermeiro passa a ser o profissional de referência, contribuindo para a promoção da saúde da mulher nas diferentes etapas do seu tratamento e para o aumento da sua satisfação com os cuidados de saúde. É certo que o papel do enfermeiro e as suas intervenções por si só não diminuem nem limitam os efeitos secundários e as complicações, mas sem dúvida o seu papel educativo e de promoção da saúde possibilitam uma maior capacitação para a gestão por parte da mulher e sua família dessas situações.

A abrangência do estágio realizado e as múltiplas experiências e momentos de aprendizagem vivenciados nas consultas realizadas permitiram o desenvolvimento das competências necessárias (competências comuns enfermeiro especialista: A.1.1., A.2.1., B.1.1., C.1.1. e D.2.2.; competências comuns enfermeiro especialista à pessoa em situação crónica e paliativa: 1.1. e 1.2.; competências de mestre DR (2006): b); competências recomendadas pela EONS: M.3.1., M.4.1. e M.4.3.) tendo em vista a implementação do projeto. O último indicador de resultado para este objetivo específico era precisamente refletir criticamente sobre os cuidados prestados nas consultas de enfermagem, tendo sido realizada uma reflexão, seguindo a metodologia de Gibbs, sobre situações de consultas de enfermagem (APÊNDICE III).

Gameiro (2003), afirma que a prática de enfermagem deve contemplar o “entendimento que resulta da situação encontrada e da reflexão sobre a prática, de modo a adaptá-la a uma pessoa única” (pág.11). Para Vasconcelos, Santos & Ferrete (2019) citando Schön (2000), a reflexão na ação, tem uma função crítica dessa mesma ação, questionando a estrutura de pressupostos do ato de conhecer na ação.

Para Schön (2000), citado pelos mesmos autores, pensar criticamente sobre uma experiência ou situação profissional, permite reestruturar as estratégias de ação e de

cuidados e a compreensão dos próprios fenómenos ou situações. As respostas resultantes desse processo reflexivo consciente, permite a valorização da prática profissional pela construção de conhecimento desenvolvido através das experiências profissionais vivenciadas.

- Identificar as intervenções de enfermagem a realizar em contexto de CEPO promotoras do autocuidado à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia.

Para a realização deste objetivo foram desenvolvidas três: a consulta de documentos que orientem para as boas praticas na consulta de enfermagem, reuniões informais com as enfermeiras da equipa e a compilação dessas mesmas intervenções observadas em contexto clínico.

Pelas características inerentes ao projeto *Nurse navigator* e pelo facto de organizacionalmente existir apenas um enfermeiro para cada área oncológica com navegação, a informação e documentação existente sobre a área foi relativamente escassa, não existindo propriamente guias, normas ou protocolos de atuação especificamente para a orientação da mulher com cancro da mama.

No entanto, foi possível através dos documentos existentes (site *web* da instituição, notas orientadoras para as consultas da enfermeira orientadora e documentos informativos) validar e verificar algumas praticas que orientam para as boas praticas a seguir numa consulta de enfermagem.

O conhecimento e experiência da enfermeira orientadora foram fundamentais nesse sentido, principalmente pelo domínio de técnicas de comunicação adaptadas às diferentes realidades e necessidades da individualidade natural de cada mulher e família.

As tarefas planeadas e os indicadores de resultado estabelecem a construção de um guia de boas praticas para a CEPO.

Dantas, Santos & Tourinho (2016), consideram que a consulta de enfermagem deve ser uma prática sistematizada, estruturada cientificamente e que utilize uma linguagem unificada de enfermagem. Deve promover a comunicação terapêutica e a documentação da sua prática, favorecendo a promoção, proteção e manutenção da vida, bem como a melhoria na qualidade da atenção prestada à pessoa e família.

Apesar da necessidade de existir uma sistematização e um guia para a consulta, é evidente que há necessidade de foco nas necessidades da doente e necessidade de deixar que seja a doente, desde que não existam impedimentos de desenvolvimento físico ou cognitivo, a “conduzir” a consulta. Só dessa forma, será possível ir de encontro e responder às suas reais necessidades. assim o guia pretende-se que seja um documento orientador e não uma formatação rígida de uma consulta de enfermagem.

Durante a realização do ensino dei início à compilação das intervenções de enfermagem associadas às necessidades encontradas com o objetivo de validar e completar essa informação no estágio seguinte, no sentido da realização do guia de boas práticas para CEPO a implementar no último estágio.

2.2. Campo de Estágio B – Clínica de Atendimento Pré-Operatório

Como segundo campo de estágio foi selecionada a Clínica de Atendimento Pré-operatório do Hospital B. Esta clínica concentra todas as etapas pré-operatórias do doente cirúrgico, entre elas uma consulta de enfermagem pré-operatória. Sendo um local direcionado especificamente para este período pré-operatório, a razão da escolha deste estágio, para além de complementar o anterior em relação ao desenvolvimento de competências e identificação de necessidades e intervenções à mulher com cancro da mama era perceber o tipo de cuidados, ensinios e avaliação prestadas ao doente em contexto pré-operatório e a forma como a continuidade de cuidados era preparada.

Este estágio decorreu no período compreendido entre 7 de novembro e 16 de dezembro. Como objetivo geral foi também estabelecido: **Desenvolver competências como enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente paciente oncológico e mestre na prestação de cuidados de enfermagem à mulher proposta para cirurgia por cancro da mama e sua família/cuidador.**

Face a este objetivo foram estabelecidos três objetivos específicos com as correspondentes atividade a desenvolver para a sua concretização, os resultados esperados e os indicadores para os mesmos.

- Descrever a estrutura organizacional da equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.

A clínica de atendimento é um serviço recente, com um histórico de atividade de um ano aproximadamente, surge das necessidades de dar resposta às várias necessidades dos doentes em período pré-operatório tentando concentrar os recursos, exames complementares a realizar e consultas num só local. A clínica é uma unidade integrada no serviço de consultas externas com uma equipa de enfermagem própria e uma enfermeira coordenadora dessa equipa que foi a minha enfermeira orientadora, tendo sido o elemento fundamental facilitador da integração na equipa e nas dinâmicas da mesma através do seu conhecimento e dinâmica.

Como planeado foram consultados os documentos relacionados com a estrutura organizacional e funcional da equipa e serviço, e identificadas as intervenções de enfermagem bem como a interligação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, pelo que a concretização deste objetivo com o apoio da equipa foi relativamente fácil, tendo sido retratada a descrição do serviço num documento próprio (APÊNDICE IV).

O projeto foi apresentado à enfermeira orientadora que reconheceu a sua pertinência e necessidade, projeto ao qual é sensível uma vez que ela própria desenvolveu um projeto semelhante no seu percurso académico. De facto, este foi um ponto importante na seleção deste estágio e que tal como se esperava teve um impacto extremamente positivo no atingir dos objetivos preconizados.

- Analisar a prática dos cuidados de enfermagem pré-operatórios à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia e sua família.

As atividades planeadas para que este objetivo específico fosse atingido, foram fundamentalmente um complemento das atividades realizadas no estágio anterior. Para além da observação das consultas, a tarefa tinha como objetivo validar o conjunto de necessidades evidenciadas pela mulher com cancro da mama em consulta de enfermagem. Neste sentido durante a realização deste estágio, essas necessidades e as

intervenções de enfermagem a realizar em consulta foram compiladas numa grelha (APÊNDICE V) e agrupadas em 3 temas ou categorias conforme evidenciado na *scoping review* realizada. Foi efetuada uma triangulação entre as diversas fontes de evidência: os documentos consultados e a revisão, as necessidades observadas no contexto das consultas realizada e as necessidades identificadas através das conversas informais com as enfermeiras orientadoras e equipas de enfermagem.

A conclusão desta grelha e a validação da mesma com o orientador de projeto e com as enfermeiras orientadoras, permitiu dar resposta ao indicador de resultado estipulado, que pretendia a elaboração de documento de avaliação das necessidades da mulher com cancro da mama em contexto pré-operatório de acordo com o referencial teórico de Orem (2001).

Segundo Zappellini & Feuerschutte (2015), a triangulação como metodologia de investigação permite que se tenha um processo de pesquisa mais completo, não garantindo necessariamente, a produção do conhecimento perfeito, no entanto é uma ferramenta útil que permite aumentar a confiabilidade dos resultados e as suas conclusões.

Sendo uma consulta que é realizada em vários contextos cirúrgicos, muitas consultas não foram no âmbito do projeto, no entanto, o momento da consulta é sempre um momento importante para o estabelecimento de uma relação terapêutica que vise a satisfação das necessidades do doente e sua família. Uma vez que essas necessidades são individuais e a intervenção centrada no doente e suas necessidades, independentemente do contexto da consulta, esses momentos e as estratégias envolvidas são sempre momentos oportunos de partilha, de ensino e de aprendizagem.

A consulta de enfermagem é um momento de transmissão de informações verbais e escritas importantes na prevenção de lacunas aquando da preparação para a cirurgia, bem como na promoção do autocuidado após a mesma (Breda, Cerejo & Ribeiro, 2021). Para estes autores, a consulta pré-operatória é eficaz na construção da relação enfermeiro-doente, pois permite ao enfermeiro escutar atentamente os problemas e as dúvidas do doente para posteriormente planear intervenções autónomas.

A concretização deste objetivo específico previa a realização de 3 consultas de enfermagem pré-operatórias à mulher com cancro da mama, tendo este indicador sido atingido e superado. Foram realizadas 5 consultas de enfermagem de forma autónoma,

onde para além de ter em consideração os princípios da individualidade, comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica, foi possível aplicar algumas das competências comunicacionais e conhecimentos adquiridos ao longo da realização dos estágios.

Por sugestão da enfermeira, foi possível agendar um dia de consultas com várias mulheres com cancro da mama com indicação para cirurgia, com o objetivo de realizar para além das consultas planeada um momento de formação e esclarecimentos em grupo com elas e com seus familiares ou cuidadores.

Estes dois momentos de informação e esclarecimento (consulta pré-operatória e formação em grupo), para além de irem de encontro às necessidades das doentes e do objetivo proposto pela enfermeira orientadora, permitiram criar um momento de partilha de informação importante para as mulheres e para os seus acompanhantes. Os dois grupos acabaram por ser muito heterogéneos¹, com idades diferentes e com situações de vida e estadios diferentes da doença e expectativas diferentes que acabaram por permitir a todos os participantes o esclarecimento de dúvidas, mas sobretudo minimizar a ansiedade e os medos existentes ao tratamento e ao percurso da doença.

Nestas sessões, foi possível constatar as necessidades de informação descritas pelos diferentes autores (Trescher et al 2019; Brown, Refeld & Cooper, 2018; Gozzo et al, 2012) presentes na mulher com indicação para cirurgia. Após os momentos iniciais, de maior contenção e inibição, foi possível observar algumas das dúvidas e dos receios presentes em cada uma das mulheres, à medida que os temas eram abordados e o diálogo entre todos os presentes se desenvolvia.

Martins, do Ouro & Neri (2015) citando um estudo de Lacerda, Sampaio, Silva e Oliveira (2011), descrevem que neste tipo de formação grupal, através da comunicação e da troca de informações, é possível às mulheres aliviar as suas tensões, tirar dúvidas e ampliar os seus conhecimentos de interessa comuns. Também o facto de se sentirem acompanhadas por outras mulheres portadoras do mesmo problema, como que as liberta e estimula à troca de informação e experiências, neste caso mediados por um profissional de saúde – o enfermeiro.

¹ Dado que no mesmo dia são realizados exames complementares de diagnostico e consulta de anestesiologia, optou-se por dividir as doentes em 2 grupos, adaptando os mesmos ao espaço disponível e ao mesmo tempo não alterando o fluxo de trabalho do serviço.

As informações e ações educativas realizadas pelo enfermeiro são fundamentais para a promoção da qualidade de vida da mulher com cancro da mama por fornecer apoio e educação e por favorecer a resposta ao processo de doença, tratamento e autocuidado (Trescher et al, 2019).

Orem (2001), descreve que o enfermeiro ao recorrer ao ensino como método de ajuda, tem de possuir um conhecimento profundo acerca do que a doente necessita saber e deter um domínio das estratégias educacionais mais apropriadas a essas necessidades.

No seguimento destas sessões e de uma consulta em particular que realizei foi efetuado um estudo de caso (APÊNDICE VI).

Os estudos de caso permitem que o enfermeiro em formação correlacione a teoria com a prática, favorecendo assimilação prática apropriação de saberes e desenvolvimento de competências através do estudo dos problemas e necessidades do doente, família e comunidade (Freitas & Carmona, 2011).

- Identificar as intervenções de enfermagem a realizar em contexto de CEPO promotoras do autocuidado à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia e sua família.

Para a conclusão deste objetivo as atividades planeadas foram: consulta de documentos que orientem para as boas práticas na consulta de enfermagem; entrevista informal aos enfermeiros da equipa e a compilação das intervenções observadas em contexto clínico.

As atividades planeadas tinham como resultado esperado e indicador de resultado a finalização de um guia de boas práticas para a CEPO a implementar no último estágio, validando o mesmo com as enfermeiras orientadoras.

A consulta dos documentos existentes e a consultas dos folhetos informativos permitiu a compilação de toda a informação necessária ao guia orientador planeado. O papel e apoio da enfermeira orientadora e restante equipa foi importante nesta fase tendo contribuído para o sucesso deste objetivo.

De facto, a necessidade de suporte informativo foi identificada quer nos campos de estágios quer na própria literatura (Trescher et al 2019; Brown, Refeld & Cooper, 2018;

Gozzo et al, 2012). Para além da compilação da melhor informação a incluir nesse suporte informativo, houve a necessidade de perceber de que forma a informação deveria ser apresentada.

O período pré-operatório envolve muita informação a ser transmitida num curto espaço de tempo. Inclusive essa questão fazia parte da problemática do projeto. Assim, mesmo em suporte escrito, a informação não poderia ser muito extensa e teria de ser individualizada de acordo com as necessidades da mulher e do tratamento proposto dado que, segundo Trescher et al (2020), os folhetos informativos, permitem que as doentes se sintam mais acolhidas e tenham acesso a um registro escrito das informações, uma vez que são muitos elementos para serem lembrados e a maioria das doentes apresenta dificuldade em, posteriormente se lembrar de toda a informação. O material escrito representa uma fonte de orientação até mesmo para os momentos em que o enfermeiro não esteja presente para orientar. Por isso, em conjunto com a enfermeira orientadora, chegou-se à conclusão de que a melhor forma seria a elaboração de vários folhetos², cada um com a informação necessária a cada situação, os quais seriam entregues de acordo com as necessidades evidenciadas no momento da consulta.

As informações fornecidas antes da cirurgia podem ser angustiantes, sendo muitas vezes referido a dificuldade de concentração das doentes. Assim torna-se difícil a compreensão e aquisição do que está a ser transmitido, levando ao esquecimento de muitos aspetos, alguns deles de suma importância (Dawe et al, 2014).

Segundo Trescher et al (2019), a elaboração de material informativo em suporte de papel é de grande mais-valia para os doentes, uma vez que lhes permite possuir as informações necessárias sobre os cuidados pré e pós-operatórios, permitindo que neste processo possam ser capacitados para o autocuidado na perspetiva de apoio à educação em saúde.

Durante o estágio foi possível ainda a elaboração e conclusão do guia de boas praticas previsto nos indicadores de resultado. Este guia acabou por ser um guia orientador para a consulta de enfermagem pré-operatória. Ele foi concebido como um documento orientador, para que os enfermeiros que realizem a consulta de enfermagem

² Foram elaborados 5 folhetos informativos que fazem integrante do guia de orientação para CEPO na mulher com cancro da mama (APÊNDICE VII)

pré-operatória à mulher com cancro da mama a planeiem e executem seguindo todos, os mesmos princípios e filosofia de cuidados (APÊNDICE VII)³.

A sistematização da consulta de enfermagem é identificada em vários estudos como uma lacuna para a obtenção de melhores resultados com os tratamentos efetuados e obtenção de satisfação das doentes com os cuidados de saúde (Trescher, 2019). A informação transmitida influencia a colaboração da doente no autocuidado, sendo que quando não tem informação suficiente, é mais difícil uma participação ativa. Segundo Cavallaro et al (2018), é fundamental criar um sistema de transmissão de informação estruturado que permita que os enfermeiros levem o doente a melhorar a sua adesão ao plano de cuidados, assumindo que dessa forma se irão obter melhores resultados em saúde.

A sistematização da consulta de enfermagem pré-operatória, permite uma abordagem mais humanizada e integrada com um maior foco nos cuidados pré-operatórios, com resultados visíveis no pós-operatório e na recuperação mais precoce das doentes (Trescher et al, 2019) que assim gerem melhor a sintomatologia resultante de todo este processo.

2.3. Campo de Estágio C – Serviço de Cirurgia Geral

O último campo é o culminar do trabalho e do projeto realizado e do percurso formativo efetuado. Apesar da minha atividade assistencial como enfermeiro desta instituição ser na área do Bloco Operatório o projeto foi desenvolvido para uma implementação no serviço de Cirurgia, motivo pelo qual este foi o local onde foi realizado este último estágio.

O estágio decorreu entre o dia 3 de janeiro e o dia 10 de fevereiro de 2023. Foi estabelecido como objetivo geral para este estágio: **Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados no serviço de Cirurgia Geral, da instituição onde exerço funções.**

Os objetivos específicos designados para atingir este objetivo foram: apresentar o projeto à equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; apresentar à equipa de

³ Para não tornar demasiado extenso este relatório, o autor inclui em apêndice, apenas o índice e os anexos do guia de orientação para CEPO na mulher com cancro da mama (APÊNDICE VII).

enfermagem e equipa multidisciplinar a importância da consulta de enfermagem pré-operatória e implementar a CEPO na mulher com cancro da mama e sua família/cuidador.

- Apresentar o projeto à equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar
- Apresentar à equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar a importância da consulta de enfermagem pré-operatória.

Embora este estágio constitua o culminar desta jornada e a implementação do projeto delineado, a informação e apresentação do mesmo à equipa e aos elementos da equipa multidisciplinar foi ocorrendo durante o percurso de todos os estágios. Houve da minha parte o cuidado de ir obtendo feedback da equipa acerca do percurso e trabalho desenvolvido e ao mesmo tempo ir tentando de alguma forma antecipar algumas necessidades para a implementação do projeto, nomeadamente pedidos de autorização à direção de Enfermagem e à direção do serviço de Cirurgia Geral.

A necessidade de uma consulta de enfermagem à mulher com cancro da mama já tinha sido evidenciada, quer pela enfermeira orientadora do estágio, quer pela enfermeira chefe do serviço, quer pela equipa de senologia do serviço de cirurgia geral do hospital.

A apresentação e sensibilização da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar para a importância da realização da consulta de enfermagem pré-operatória foi efetuada em três fases. Inicialmente à enfermeira orientadora e à enfermeira chefe do serviço, nessas reuniões de apresentação informais foi também delineada a estratégia para melhorar o acesso à restante equipa de enfermagem para a apresentação do projeto e do trabalho já desenvolvido, nomeadamente o guia orientador e os folhetos.

Sendo um serviço de internamento com duas alas distintas e com uma equipa de enfermagem muito extensa foi acordado efetuar múltiplas sessões de formação informais em serviço, durante as passagens de turno e uma sessão de formação mais formal a dois enfermeiros do serviço mais direcionados às intervenções de enfermagem no âmbito da patologia mamária e que farão parte da equipa da consulta de enfermagem pré-operatória.

Desta forma foi possível ir de encontro ao resultado esperado e a um dos indicadores de resultado destes objetivos, conseguindo abranger 80% da equipa de enfermagem nestas formações.

Estes momentos formativos foram importantes, sendo possível demonstrar a evidencia dos benefícios de uma consulta de enfermagem pré-operatória e de uma intervenção precoce e a forma como essa mesma intervenção pode potenciar o bom trabalho já realizado em termos de preparação para a alta e ensinamentos pós-operatórios realizados pelos elementos do serviço. Durante as sessões a receptividade da equipa foi grande, foi possível darem alguns contributos e sugestões e de uma forma geral a equipa foi sensível à problemática identificada e à por vezes falta de disponibilidade para uma intervenção individualizada às mulheres com cancro da mama.

- Implementar a CEPO na mulher com cancro da mama e sua família/cuidador.

Para ser possível a implementação da consulta de enfermagem e assim dar resposta a este objetivo foram planeadas cinco atividades que visaram a aplicação das competências adquiridas nos estágios anteriores, bem como do trabalho desenvolvido através do guia orientador e do material informativo elaborado.

Estando as necessidades das mulheres alvo deste projeto e as intervenções a elas direcionadas identificadas e presentes no guia de orientação, foi ainda necessário, perceber a forma de operacionalização da consulta, nomeadamente o momento em que iria acontecer, a forma de agendamento e o local onde a realizar. Assim em conjunto com a enfermeira orientadora foram realizadas duas reuniões informais com a equipa de senologia no sentido de perceber o trajeto da mulher com cancro da mama, desde a indicação cirúrgica até ao internamento para a cirurgia.

Não sendo possível estabelecer um dia e um horário fixo para a mesma, foi definido que preferencialmente a consulta de enfermagem seria realizada e agendada no dia da consulta de anestesiologia e/ou realização de exames complementares de diagnóstico, aproximadamente uma semana antes da cirurgia. Não sendo tal possível, o agendamento seria feito de acordo com a disponibilidade da doente e do enfermeiro da consulta.

Foi elaborado um fluxograma de orientação para a consulta de enfermagem pré-operatória para servir de apoio à sua operacionalização.⁴

A consulta, tal como se encontra definida no guia de orientação, segue os princípios de orientação do protocolo *S.P.I.K.E.S.*⁵ (Buckman, 1992). Assim, a preparação para a implementação da consulta e realização das primeiras consultas envolveu a elaboração de alguns documentos de apoio a essa mesma realização (check-list de intervenções a realizar e instrumento de apoio à colheita de dados), que foram incluídos no guia de orientação para CEPO na mulher com cancro da mama (APÊNDICE VII).

De forma a ser possível preparar previamente a consulta com toda a informação relevante, incluindo as que se encontram em processo clínico e tomando conhecimento prévio de informações relevantes, foi construído um instrumento de colheita de dados e preparação da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama⁶.

De igual forma, uma vez que as necessidades informativas e para o autocuidado não são iguais, houve necessidade de sintetizar e esquematizar a consulta, permitindo assim, um melhor seguimento e validação das atividades e intervenções a desenvolver, e ao mesmo tempo promover uma continuidade dos cuidados e intervenções desenvolvidas, por meio de uma *check-list*.⁷

Em relação ao local de realização da consulta, foi definido utilizar o espaço já existente no serviço para efetuar as consultas de estomaterapia que, não sendo o ideal, permite um certo isolamento e a privacidade necessária para a realização da consulta.

Durante o estágio foram realizadas 10 consultas de enfermagem pré-operatórias à mulher com cancro da mama, tendo a maioria das mesmas, sido realizada com a presença de familiares. Segundo Shamsavari et al (2015), algumas das intervenções realizadas, de forma a obterem melhores resultados, necessitam da participação e

⁴ Fluxograma faz parte integrante do guia de orientação para CEPO na mulher com cancro da mama (APÊNDICE VII).

⁵ O protocolo *S.P.I.K.E.S.* foi criado em 1992 por Robert Buckman como forma de orientação para os profissionais de saúde na comunicação de más notícias. É um acrónimo de 6 etapas (*setting, perception, invitation, knowledge, emotions e strategy*) para transmitir informação de forma organizada proporcionando uma estrutura passo a passo para discussões difíceis.

⁶ Instrumento de colheita de dados e preparação da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama faz parte integrante do guia de orientação para CEPO na mulher com cancro da mama (APÊNDICE VII).

⁷ Check-list intervenções na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória na mulher com cancro da mama, faz parte integrante do guia de orientação para CEPO na mulher com cancro da mama (APÊNDICE VII)

envolvimento da família como meio de apoio, suporte emocional e ainda para ajudar à tomada de decisão.

O ensino pré-operatório foi bastante valorizado, sendo importante a informação prestada ir de encontro ao interesse e necessidades apresentadas durante a consulta. O desconhecimento e receio associado a alguns procedimentos a realizar, foram demonstrados em grande parte das consultas, nomeadamente no que respeita à marcação previa do tumor e à realização de linfocintigrafia.

A consulta, neste sentido em termos da transmissão das informações e dos esclarecimentos efetuados pode proporcionar um aumento da sensação de controlo por parte da doente (Mendes & Ferrito, 2021), uma vez que vai estar informada das etapas que constituem o seu processo de tratamento, do momento em que vão ser realizadas e o seu propósito. Por outro lado, Forsberg et al (2015), referem que cada vez mais as doentes expressam interesse em informação adequada para integrarem as decisões de saúde que lhe dizem respeito.

As consultas foram realizadas segundo o guia orientador elaborado e utilizando os documentos de apoio construídos. Durante a realização das mesmas foi possível verificar os medos e receios presentes acerca do procedimento cirúrgico e dos cuidados pré e pós-operatórios, bem como a preocupação e angústia com a incerteza do pós cirurgia. Ao mesmo tempo foi possível verificar o impacto positivo que a informação prestada e as intervenções desenvolvidas têm na mulher que se encontra connosco na consulta.

É importante reconhecer o benefício da nossa intervenção no imediato a nível da diminuição da ansiedade e medos, apenas pela informação partilhada e o apoio emocional e sensação de conforto resultante da relação terapêutica conseguida nessas consultas. Exemplo disso foram os testemunhos de doente como “foi a consulta que eu estava a precisar” (sic) e “obrigado por este tempo, fez toda a diferença” (sic).

Todas as consultas terminavam com o fornecimento de apoio informativo por meio dos folhetos elaborados de acordo com a indicação cirúrgica e procedimentos associados a essa mesma cirurgia.

Sendo muita a informação a transmitir durante a consulta, a utilização e disponibilização desses folhetos foi fundamental para o complemento e apoio informativo transmitido. Sendo obviamente as necessidades e receios diferentes de

doente para doente, muitas vezes o foco da consulta pode ser direcionado para alguma questão em particular, não sendo abordadas outras. Assim estes folhetos, são nestas situações também um apoio importante porque têm uma abordagem geral da informação transmitida.

Assim, com um suporte físico escrito com todas as informações, é possível sempre que necessário, que a doente a eles recorra para o esclarecimento de dúvidas que possam ter ficado menos clarificadas.

Existe a necessidade de documentos com informações que facilitem a compreensão e gestão dos cuidados no período perioperatório (Trescher et al, 2019; Brown et al 2018; Gozzo et al 2012. A elaboração de apoios educativos e informativos permite aos doentes possuir as informações necessárias sobre esse período, podendo neste processo, promover a sua capacitação para o autocuidado, nos momentos em que os doentes deles mais necessitem, ou em que tenham maior disponibilidade mental para tal (Trescher et al, 2019).

Um resultado esperado neste objetivo específico era observar na prática a integração do guia de boas praticas na CEPO por parte de outros enfermeiros. No entanto durante este estágio e por contingências do serviço e de horários, apenas foi possível aos dois elementos a integrar a equipa de enfermagem da CEPO, acompanharem alguma consultas realizadas por mim.

O objetivo geral deste estágio era contribuir para a melhoria dos cuidados prestados na instituição. De acordo com Donnabedian (2003) se se pretende melhorar a qualidade dos cuidados é necessário monitorizá-la e promovê-la. Assim como indicador de resultado para o objetivo foi definido inicialmente uma avaliação da satisfação da população alvo antes e após intervenção. No entanto, verificou-se que não tendo existido qualquer consulta ou intervenção a este tipo de doentes no período pré-operatório, não faria sentido essa avaliação pré intervenção. Dessa forma, após solicitação da devida autorização ao Conselho de Administração e Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do hospital, foi aplicado um questionário de satisfação à mulher com cancro da mama após consulta de enfermagem (APÊNDICE VIII).

O questionário foi construído para ser respondido anonimamente pela mulher com ou sem apoio do familiar, no momento da alta hospitalar. Frias (2014), identifica em

revisão bibliográfica efetuada que, na maioria dos estudos os questionários de satisfação do doente são aplicados antes do mesmo deixar o serviço, no dia da alta clínica.

O questionário foi entregue a todas as mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama a quem foi realizada a CEPO. Esse questionário foi entregue no momento da alta, por um elemento de enfermagem do serviço (do questionário fazia parte uma nota introdutória com as instruções de preenchimento e com o objetivo do mesmo), tendo a totalidade dos questionários sido recolhida apenas no final do estágio.

Este questionário anónimo, pretendeu recolher dados da perceção, vivência e conhecimento das pessoas relativamente às intervenções de enfermagem realizadas na consulta de enfermagem pré-operatória. Os resultados apurados foram submetidos a uma análise reflexiva (APÊNDICE IX).

2.4. Desenvolvimento de competências durante os estágios

Para Fleury & Fleury (2001), competência é uma palavra do senso comum, utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. Zarifian (1999) citado pelos mesmos autores refere que a competência é a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações.

Para Serrano et al (2011) o desenvolvimento de competências centra-se em torno de três dimensões: os actores, o contexto e os saberes, sendo que os actores, neste caso os enfermeiros, evidenciam desenvolvimento de competências através da capacidade de reflexão no processo de cuidar, explicando as competências tácitas na resolução das situações-problema e a transformação do conhecimento que os leva ao *"estar em situação"* e ao *"agir em contexto"* (pág.22).

Assim para os mesmos autores, os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva.

Para a Ordem dos Enfermeiros, entidade responsável por regulamentar as competências dos enfermeiros, 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).

A Ordem dos enfermeiros para além do regulamento comum do enfermeiro especialista, define as competências específicas consoante o contexto de intervenção, assim para a Ordem dos enfermeiros (2018), o enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e à pessoa em situação paliativa:

- Identifica as necessidades da pessoa e sua família e/ou cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença oncológica, bem como as necessidades decorrentes de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal,

Estabelece uma relação terapêutica eficaz, demonstrando competências em técnicas de comunicação que consigam adaptar a comunicação às necessidades da pessoa, permitindo o envolvimento da pessoa e família no processo de cuidar

- Promove intervenções especializadas tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença oncológica em qualquer estadió da mesma, respeitando a sua individualidade e suas preferências,

Através de uma avaliação holística da saúde da pessoa e sua família, estabelece planos de cuidados individualizados e abrangentes, tendo em consideração as necessidades e impacto da doença oncológica nas suas vidas promovendo uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto ou no caso de doença em fase avançada, progressiva e terminal, maximizando a autonomia e minimizando o sofrimento preservando a dignidade e vontade dos próprios.

Segundo a EONS (2022), enfermeiro especialista em oncologia, é um enfermeiro qualificado que tem autoridade e total responsabilidade para fornecer cuidados de enfermagem essenciais às pessoas com cancro. O cuidado prestado pelo enfermeiro especialista em oncologia é baseado em conhecimentos e habilidades baseados em evidências, especializados, éticos e pessoais.

O percurso realizado, a redação deste relatório, as competências desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos nas experiências profissionais e na evidência recolhida na *scoping review*, permitiram basear a implementação deste projeto na evidencia mais

recente, permitindo capacitar a minha prática de cuidar no sentido de conseguir dar resposta a situações novas e complexas e ao mesmo tempo fundamentar as minhas posições e conclusões junto das equipas de enfermagem e equipas multidisciplinares, possibilitando dessa forma desenvolver as competências necessárias à atribuição de grau de mestre.

As diferentes atividades planeadas e os resultados obtidos durante a realização dos diferentes estágios, permitiram-me desenvolver as seguintes competências:

- Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1.1; A2.1; B1.1; B2.2; C1.1; C2.1; D2.1 e D2.2 (OE, 2019);
- Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica: 1.1 (1.1.1; 1.1.2; 1.1.3 e 1.1.4); 1.2 (1.2.1; 1.2.2; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.6 e 1.2.9) (OE, 2018);
- Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Paliativa: 1.1 (1.1.4 e 1.1.5); 1.2 (1.2.1 e 1.2.2) (OE, 2018);
- Competências de Mestre: b), c) e d) (DR, 2006);
- Competências recomendadas pela EONS *Cancer Nursing Education Framework*: M3.1; M4.1; M4.2; M4.3; M6.1; M6.2; M6.3; M6.4; M8.2 e M8.3 (EONS, 2022)

3. AVALIAÇÃO

Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), no final de um projeto a avaliação assume um papel preponderante, implicando verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente e a validação da pertinência ou não dos mesmos e a forma ou não em que cada um deles foi útil no processo de implementação do projeto, nesse sentido, para Guerra (2006) a avaliação final, mede os resultados e efeitos do projeto, ou seja, em que medida o projeto de intervenção produziu as mudanças que se tinham desejado e identifica resultados não esperados, os quais podem ser positivos ou negativos.

Capucha (2008), acrescenta que a avaliação é o principal instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, porque permite compreender tanto os sucessos como os insucessos das ações desenvolvidas (pág.45).

Assim este capítulo pretende ser a avaliação do percurso realizado e uma reflexão dos pontos fortes e fracos identificados ao longo da implementação do projeto. Pretende também analisar a forma como os resultados alcançados podem contribuir para a melhoria dos cuidados prestados

Todo o percurso desenvolvido, desde a concretização do projeto, estágios, implementação do projeto e realização deste relatório contribuíram para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista e mestre, mas sobretudo, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

3.1. Pontos fortes e pontos fracos

A ferramenta ou metodologia *SWOT* enquanto método de apoio a identificar os pontos fortes e os pontos fracos, bem como as oportunidades e ameaças a um projeto permite uma confrontação e uma reflexão sobre os fatores positivos e negativos encontrados e que eventualmente influenciaram a implementação do projeto.

Os pontos fortes, para além da minha motivação pessoal para a implementação e desenvolvimento deste projeto, foram sem dúvida a motivação e o apoio prestado pelas equipas de enfermagem dos serviços onde foram efetuados os estágios, que para além de promoverem a minha integração nos serviços, pela sua partilha de conhecimento e experiências me motivaram ainda mais para o percurso a realizar.

Estando a realizar o estágio e a implementar o projeto num serviço que não era o meu, posso dizer que em momento algum me senti um elemento externo, tendo a equipa do serviço de cirurgia respondido positivamente ao projeto. Integrando o mesmo nas atividades já existentes, no cuidado à mulher com cancro da mama, encarando o mesmo como uma mais-valia para os processos e cuidados de enfermagem.

Destaco os serviços escolhidos para a realização dos campos de estágios, mas acima de tudo as enfermeiras orientadoras dos três campos de estágios. Cada uma delas à sua maneira, contribuíram de forma fundamental para meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo o meu crescimento e desenvolvimento como enfermeiro especialista e mestre na área onde as mesmas são peritas. De certa forma posso dizer que, tive comigo a partilhar este percurso as pessoas certas nos locais certos.

A chefia de enfermagem e a equipa de senologia da minha instituição desempenharam também um papel importante desde o início da construção deste projeto, motivando para a sua pertinência e para a necessidade de responder às carências evidenciadas pela mulher com cancro da mama no período pré-operatório.

A experiência de mais de 20 anos em Bloco Operatório, permitiu-me em alguns temas e aspetos possuir conhecimentos e um *background*, que integrei com as experiências profissionais, conhecimentos, oportunidades de aprendizagem e momentos vividos resultantes dos campos de estágio A e B. Essa incorporação de conhecimento, de competências e as oportunidades proporcionadas tornaram possível a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória no último campo de estágio.

Em relação aos pontos fracos, desde logo a dificuldade na conciliação de todas as atividades pessoais e profissionais com o desenvolvimento do projeto e a realização dos estágios levando a algumas dificuldades na realização das atividades programadas de forma a estarem devidamente encadeadas com as tarefas seguintes e com os estágios seguintes. Depois o tempo de estágio ser relativamente diminuto, motivo pelo qual por exemplo, no campo de estágio C, apesar de ter realizado as tarefas propostas e a formação aos enfermeiros que iriam realizar a CEPO, não foi possível acompanhar, durante o tempo de estágio, a realização de consultas por eles, de forma autónoma, com recursos aos instrumentos construídos propositadamente para o efeito.

Foi identificado como ponto fraco na análise *SWOT* previamente realizada (APÊNDICE X), o espaço físico para a consulta. No entanto, foi verificado que o espaço

existente é adequado, permitindo a privacidade necessária e um acolhimento da mulher e família no serviço onde permanecerão durante o internamento, um a fraqueza identificada era a ausência de parametrização de consultas de enfermagem na instituição.

Na maioria dos casos, não existe a consulta de enfermagem padronizada, sistematizada e parametrizada de acordo com focos de intervenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem, existem “contactos de enfermagem” associados à consulta médica existente. Estes contactos de enfermagem não permitem, acima de tudo recolher dados que traduzam os cuidados de enfermagem realizados. No entanto, esse é um caminho a ser percorrido e que está a ser desenvolvido na instituição.

3.2. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

A necessidade de implementar sistemas de qualidade é assumida formalmente, por várias instâncias internacionais (OE, 2012). Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção Geral da saúde, estando essa prioridade patente na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio.

O enunciado do documento refere que “a qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (pág.13551).

O desenvolvimento da qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017; OE, 2012). Para a OE “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (pág.6).

Ribeiro, Martins & Tronchin (2017) citando Machado (2013) referem que na perspetiva deste, ao analisar retrospectivamente a evolução da enfermagem, transparece a ligação perseverante aos conceitos de qualidade e de melhoria continua da qualidade.

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, apresentou seis categorias de enunciados

descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012). Segundo o mesmo documento, estes enunciados são para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum e a orientação para uma prática profissional de excelência.

O projeto realizado e a implementação do mesmo visavam igualmente, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na instituição onde exerço funções e onde foi implementado o projeto, intervindo precocemente no período pré-operatório.

O projeto e as suas intervenções, têm como objetivo avaliar as necessidades específicas de cada mulher, família e cuidador e promover através de um sistema educativo as capacidade e habilidades necessária para o seu autocuidado de forma a restabelecer o mais precocemente o seu potencial de saúde e um percurso da doença equilibrado e informado.

As intervenções desenvolvidas através do projeto, permitem promover o bem-estar e a satisfação por meio do apoio emocional e educativo centrado nas necessidades específicas da mulher e família a quem é feita a consulta de enfermagem.

Os ensinamentos realizados e a preparação realizada para os cuidados pré e pós-operatórios permitem à mulher e família, o conhecimento necessário para uma tomada de decisão participada, o conhecimento necessário para um percurso de doença e tratamento informado e uma capacitação para uma melhor resposta a possíveis complicações e assim uma mais rápida readaptação funcional.

O guia de orientação elaborado para a CEPO, para além de contribuir para a organização dos cuidados de enfermagem, confere um rigor científico e técnico ao projeto implementado, uma vez que para a sua redação se recorreu a uma revisão *scoping* integrando a mais recente evidência sobre as necessidades, abordagens e intervenções de enfermagem à mulher com cancro da mama em período pré-operatório.

Acredito que o projeto desenvolvido e a implementação desta consulta contribuem para uma melhoria substancial da qualidade dos cuidados prestados a esta população, potenciando de igual a satisfação da mulher e família com os cuidados de enfermagem prestados ao longo do seu tratamento.

CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

O relatório apresentado, pretende ser a representação do longo percurso desenvolvido desde o planeamento até a implementação do projeto iniciado no 2º semestre deste curso. Deseja ser a divulgação dos resultados obtidos, a validação da pertinência do projeto em termos de melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e a apresentação da forma como o percurso realizado ao longo dos estágios realizados, as vivências e as experiências profissionais, contribuíram para a concretização dos objetivos propostos e para o desenvolvimento de competências especializadas na área do cuidado ao doente oncológico e mais concretamente à mulher e família com cancro da mama.

Segundo Alaister Gray (2016), a relação enfermeiro/cliente é central a tudo o que à prática avançada de enfermagem diz respeito. O enfermeiro centrado no cuidado ao cliente deverá ter capacidade de lidar e dar resposta a situações complexas inerentes às situações de cuidados e ter um papel, que através do seu conhecimento e competências seja preponderante, e se necessário modificador na interação multidisciplinar direcionada para as necessidades de cuidados do cliente. O enfermeiro deverá guiar, dar suporte e viajar com o cliente durante a sua doença (AESOP, 2006).

Perante esta descrição do que deve ser o papel do enfermeiro e efetuando uma síntese do percurso efetuado e dos estágios realizados, foi possível verificar o alcance das intervenções de enfermagem implementadas e os resultados alcançados através da orientação, apoio educacional, apoio físico e apoio psico-emocional, preparando a mulher e família para a transição no seu processo de doença, promovendo a sua autonomia para o autocuidado.

As teorias de enfermagem são auxiliadoras no processo de reflexão crítica, ajudando o enfermeiro com base em referenciais teóricos que possibilitam interligar com a realidade da população-alvo (Souza et al, 2021). Sendo as teorias orientadoras e promotoras da construção de um conhecimento sólido, crítico e reflexivo, a utilização do referencial teórico de Dorothea Orem, para mim fez todo o sentido e foi fundamental para atingir os objetivos e resultados esperados junto da mulher com cancro da mama.

Segundo Lista, Correia & Fonseca (2017), aplicando esta teoria, o enfermeiro é capaz de conceber e pôr em prática uma quantidade elevada de conhecimentos sobre a pessoa e a forma como ela se relaciona com o mundo, para dar a resposta mais adequada

na sua prestação de cuidados de Enfermagem, colmatando os défices de autocuidado encontrados no utente.

Durante este trajeto foi possível verificar que a ansiedade, os receios e a escassa informação acerca do tratamento, são uma realidade na mulher com cancro da mama. As intervenções centradas nas suas necessidades, no sentido de esclarecer sobre os procedimentos, apoio educativo e preparação para os cuidados pós-operatórios e para o seu autocuidado são fundamentais para minimizar essa ansiedade e melhorar esta fase do tratamento.

Através da implementação deste projeto foi possível evidenciar a necessidade da realização da consulta de enfermagem pré-operatória, junto da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar. Pelos resultados alcançados, pela integração da mesma nos cuidados de enfermagem realizados e pelos seus contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem espera-se que permita o seu sucesso e a sua continuidade como pratica sistemática de cuidados na instituição.

O caminho percorrido foi trabalhoso, mas extremamente gratificante. Permitiu a troca de experiências em contextos profissionais muito diferentes, promovendo a reflexão critica de necessidades e intervenções numa área que não era de todo familiar, mas que sem dúvida contribuiu para o meu crescimento pessoal e para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista e mestre na área do cuidado ao doente oncológico.

Este relatório evidencia o percurso realizado em termos de atividades realizadas, resultados obtidos, competências desenvolvidas e implicações do projeto para a melhoria da qualidade de cuidados, tendo na minha opinião, atingido o seu objetivo.

Perspetivando o futuro, e tendo em conta a motivação da equipa multidisciplinar com o projeto, pretendo contribuir para a sua continuidade e consolidação como uma prática do serviço e da instituição. Pretendo atuar como formador e dinamizador da equipa no desenvolvimento da consulta e utilização do guia orientador elaborado, permitindo dessa forma contribuir para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem prestados na instituição.

Dentro do possível e das oportunidades encontradas, e uma vez que existe uma lacuna em termos de trabalhos realizados e produção científica na área dos cuidados pré-operatórios à mulher com cancro da mama, pretendo com o trabalho realizado aumentar

o interesse na investigação em enfermagem nesta área e de igual forma se possível divulgar os resultados alcançados.

Tendo sido um projeto extremamente gratificante em termos pessoais, espero com o mesmo ter contribuído também de forma efetiva para o desenvolvimento da enfermagem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alaister G. (2016). Advanced or advancing practice: what is the future direction for nursing?. *British Journal of Nursing*. 25 (1): 8-13.
- Allard N. (2007). Day surgery for breast cancer: Effects of a Psychoeducational Telephone intervention on functional status and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, 1(24): 133-141.
- Alves, P., Barbosa, I., Caetano, J. & Fernandes, A. (2011). Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Revista Brasileira Enfermagem*, 64(4): 732-737.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.
- Batista, D., Mattos, M. & da Silva S. (2015). Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Revista Enfermagem UFSM*, 5(3): 499-510. DOI: 10.5902/2179769215709.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. *Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bezerra, M., Faria, R., de Jesus, C., dos Reis P., Pinho, D. & Kamada, I. (2018). Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa. *J Manag Prim Health Care*, 9(e16): 1-19.
- Biganzoli, L. et al (2017). Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer*, 86: 59-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2017.08.017>.
- Breda L. & Cerejo M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5): 1-13. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20088>.
- Capucha, L. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projectos - Guião prático*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Selenova Lda.
- Cavallaro, P. M., Milch, H., Savitt, L., Hodin, R. A., Rattner, D. W., Berger, D. L., Kunitake, H., & Bordeianou, L. G. (2018). Addition of a scripted pre-operative patient education module to an existing ERAS pathway further reduces length of stay. *The American Journal of Surgery*, 216(4): 652-657. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.07.016>.

- Dantas, C., Santos, V. & Tourinho, F. (2016). A Consulta de Enfermagem como Tecnologia do Cuidado à luz dos Pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1): e2800014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>.
- Dawe, D., Bennette, L., Kearney, A. & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 24(1): 20-30. DOI: 10.5737/1181912x2412024.
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março de 2006. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.ª Série – N.º 74. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.
- EONS European Oncology Nursing Society (2022). The EONS cancer nursing education framework. EONS. Disponível em https://cancernurse.eu/wp-content/uploads/2022/12/Framework_version2_FINAL_Dec052022.pdf.
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, A., (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. RAC, edição especial: 183-196.
- Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B., & Engström, Å. (2015). Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(4): 280-289. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.012>.
- Freitas, M. & Carmona, E. (2011). Estudo de caso como estratégia de ensino do processo de enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (6): DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600025>.
- Frias, N. (2014). *Avaliação do Grau de Satisfação do Doentes Submetido a Cirurgia Cardíaca: A Influência dos Cuidados de Enfermagem*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16280/1/TESE%20DE%20MESTRADO%20EM%20ENFERMAGEM%20-%20SATISFA%3%87%C3%83O%20DO%20DOENTE.pdf>.
- Gameiro, M. (2003). A enfermagem ciência e arte... e a investigação. *Referência*, 10, 5-15.

- Gonçalves, M. A., Cerejo, M. D., & Martins, J. C. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-26. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.
- Gradishar W., Anderson B., Balassanian R., Blair S., Burstein H., Cyr A., Elias A., Farrar W., Forero A., Giordano S., Goetz M., Goldstein L., Hudis, C., Isakoff S., Marcon P. & Mayer I. (2016). Invasive Breast Cancer Version Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 14(3): 324-354.
- Guerra, I. C. (2006). Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O planeamento em Ciências Sociais (2nd ed.). Principia.
- Koçan S. & Gürsoy, A. (2023). Outcomes of breast care nurse training and follow-up: Body image, anxiety, and quality of life. *Journal of Education and Research in Nursing*. 20(1): 52-59. DOI: DOI:10.5152/jern.2023.45578.
- Lista, A., Correia, J. & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*. 6(2): 13-16.
- Lourenço, T., Mauad, E. & Vieira, R. (2013). Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira Enfermagem*, 66(4): 585-591.
- Martins, A., do Ouro, T. & Neri, M. (2015). Compartilhando vivências: contribuição de um grupo de Apoio para mulheres com câncer de mama. *Revista SBPH*, (18)1: 131-151.
- Mesa, M., Carrillo, G., Gomez, O., Diaz, L. & Carreño, S. (2019). Efecto de una intervención de enfermería en mujeres con cáncer de mama en el postoperatorio. *Psicooncología*. 16(2): 273-286. DOI: <https://dx.doi.org/10.5209/psic.65591>.
- Moretto, I., Contim, C. & Santo, F. (2019). Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem a pacientes em quimioterapia ambulatorial: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 40:e20190039. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190039>.
- Nascimento, K., da Fonsêca, L., Andrade, S., Leite, K., da Costa, T. e Oliveira, S. (2015). Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. *Revista enfermagem UERJ*, 23(1):108-114. DOI: 10.12957/reuerj.2015.15598.

- Neiva R., Nogueira M. & Pereira A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 18: 1-8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN.
- Oncology Nursing Society (2017). 2017 Oncology Nurse Navigator Core Competencies. Disponível em: [https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017 Oncology Nurse Navigator Compentencies.pdf](https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Compentencies.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.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.º 135 de 16-07-2018), Regulamento n.º 429/2018. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. Diário da República, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), Regulamento n.º 140/2019. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- Petterson, M., Ohlén, J., Friberg, F., Hiden, L-C., Wallengren, C., Sarenmalm, E., & Carlsson, E. (2014). Prepared for surgery – Communication in nurses preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27: 2904–2916. DOI: 10.1111/jocn.14312.
- Peláez, Z. (2003). Desarrollo humano y valores para la Salud (2ª ed.). Manizales: editorial universidad de caldas.
- Pires A., dos Santos B., dos Santos P., Brasil V. & Luna A. (2015). A importância da Teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. *Revista rede de cuidados de saúde*, 9(2): 1-4.

- Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro. Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança. Diário Da República N.º 242/2011 - 1 Suplemento - I, Ministério da Saúde e das Finanças. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/306-a/2011/12/20/p/dre/pt/html>.
- Queirós P., Vidinha T. & de Almeida Filho A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3): 157-164.
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14): 89-100. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV16086>.
- Santos B., Ramos A. & Fonseca C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging & Innovation*, 6(1): 51-54.
- Santos, M., de Sousa, F., Alves, P., Bonfim, I. & Fernandes, A. (2010). Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Revista Brasileira Enfermagem*. 63(4): 675-678.
- Santos, M., Martins, J. & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, (3): 7-15. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>.
- Serrano, M., da Costa, A. & da Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III(3): 15-23.
- Silva E., Figueiredo J., Dutra D., Maia S., de Prado R., Borrajo, A., Sales D. & Fialho A. (2020). Teoria do Autocuidado de Orem como Suporte para o Cuidado Clínico de Enfermagem a Mulher Mastectomizada. *Brazilian Journal of Development*, 6(6): 39740-39750.
- Shahsavari H., Matory P., Zare Z., Taleghani F. & Kaji MA. (2015). Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *J Edu Health Promot.*,70(4): 1-7.
- Sociedade Portuguesa de Oncologia (2017). 100 perguntas chave no cancro da mama. (2.ª edição). Permanyer Portugal.

- Sociedade Portuguesa de Oncologia (2020). Manual de Oncologia - Abordagem e tratamento do cancro da mama. Sociedade Portuguesa de Oncologia.
- Souza, D., Brandão, V., Martins, M., de Morais, J. & de Jesus, N. (2021). Teorias de Enfermagem: Relevância para a prática profissional na atualidade. Editora Inovar Brasil. DOI: doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9.
- Tiezzi, M., de Andrade, J., Romão, A., Tiezzi, D., Lerri, M., Carrara, H. & Lara, L. (2017). Quality of Life in Women With Breast Cancer Treated with or Without Chemotherapy. *Cancer Nursing*, 40(2): 108-116. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000370
- The Global Cancer Observatory (2020). Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+] Portugal. Cancer tomorrow. Consultado a 3 de Abril de 2023. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=620&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0#collapse-group-0-4
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Trescher, G., Amante, L., da Rosa, L., Girondi, J., Varela A., Oro J., Rolim J. & dos Santos, J. (2019). Necessidades das mulheres com cancro da mama no período pré-operatório. *Journal of Nursing UFPE online*, 13(5): 1288-1294. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a239229p1288-1294-2019>
- Trescher, G., Amante, L., Da Rosa, L., Girondi J., Miranda, G., Dos Santos, M., Zuanazzi, E. & Mohr, H. (2020). Sistematização da consulta de enfermagem em pré-operatório às mulheres com câncer da mama. *Enfermagem Foco*, 11(5): 40-47.
- Vasconcelos, A., Santos, L. & Ferrete, A. (2019). O Modelo de Reflexão-na-ação de Donald Schön na Formação Inicial de Professores em Anais Completos do Colóquio Internacional de Educação e Contemporaneidade (EDUCON) em Sergipe Brasil. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. 14(2): 573-585. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v14i2.11788>.

- Wang, D., Hao, Y. & Xv, H. (2020). Continued nursing intervention is beneficial to the recovery and life quality of patients with breast cancer after operation. *Int J Clin Exp Med*, 13(7): 5379-5387.
- Wilson, D. (2016). Exercise for the patient after breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1): 98-105. DOI: 10.1016/j.soncn.2016.11.010
- Zappellini, M.B. & Feuerschutte, S.G. (2015). O Uso da Triangulação na Pesquisa Científica Brasileira em Administração. *Administração: Ensino e Pesquisa*, 16(2): 241-273.
- Ziguer, M., de Bortoli, C. & Prates, L. (2016). Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 17(1): 107-112. DOI 10.5433/15177130-2016v17n1p107.

APÊNDICES

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA MULHER PROPOSTA PARA CIRURGIA ONCOLÓGICA DA MAMA EM CONSULTA PRÉ OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: SCOPING REVIEW

Nursing interventions in Women proposed for oncological breast surgery in pre-operative nursing consultation - Scoping Review

Vítor Manuel Peixe Ribeiro

Resumo: O cancro da mama em Portugal, constitui a segunda causa de cancro e é a causa principal de cancro se consideradas apenas as mulheres. Havendo uma necessidade crescente de cuidados à mulher com cancro da mama, é necessário determinar o suporte ideal de forma a garantir os cuidados holísticos de acordo com as necessidades efetivas da mulher e família, de forma a proporcionar uma tomada de decisões e uma gestão do seu processo de doença com melhores resultados no pós-operatório.

Objetivos: Mapear as intervenções de enfermagem a realizar na mulher proposta para cirurgia oncológica da mama em consulta pré-operatória de enfermagem.

Questão orientadora: Quais as intervenções de enfermagem à mulher proposta para cirurgia oncológica da mama em consulta pré-operatória de enfermagem?

Método de revisão: Revisão *scoping* segundo os princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*.

Apresentação e interpretação dos resultados: De 42 artigos obtidos na pesquisa efetuada nas bases de dados CINAHL *complete* e MEDLINE *complete* e pesquisa livre, após verificação dos critérios de inclusão, foram incluídos na revisão 4 estudos.

Conclusão: A consulta de enfermagem pré operatória é um instrumento e recurso para fornecer o suporte educacional, psicossocial e prático necessário à mulher com cancro da mama com necessidade de cirurgia. A consulta deve ser um momento de avaliação das necessidades da doente e sua família tendo em vista a promoção da saúde. É identificada a necessidade de construção e disponibilização de recursos impressos de forma a melhorar a eficácia da comunicação e a aprendizagem.

Palavras-chave: doente oncológico; cancro da mama; consulta pré-operatória de enfermagem; intervenções de enfermagem.

Abstract: Breast cancer in Portugal, is the second leading cause of cancer, if only considered women's is the main cause of cancer. With a growing need for care for women with breast cancer, it is necessary to determine the ideal support in a way to guarantee holistic care according to the affective needs of the woman and her family, in order to provide informed decision-making and management of her disease with better postoperative results.

Objectives: Mapp the nursing intervention to be carried out for woman proposed for breast cancer surgery in a preoperative nursing consultation.

Research question: What are the nursing intervention for women proposed for breast cancer surgery in a preoperative nursing consultation?

Review method: Scoping review according to the principles recommended by the Joanna Briggs Institute.

Presentation and interpretation of the results: From 42 articles in the research carried out in CINAHL complete, MEDLINE complete and free databases, after applied inclusion criteria, 4 articles where selected for this review.

Conclusion: The preoperative nursing consultation is an instrument and resource to provide the educational, psychosocial and practical support necessary for women with breast cancer in need of surgery. The consultation should be a moment to assess the needs of patient and her family, with a focus in promoting health. There is a known need to build and make available printed resources like flyers and manuals to improve communication and learning education.

Keywords: cancer patient; breast cancer; preoperative nursing consultation; nursing intervention.

INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas representam, atualmente, a segunda causa de morte e uma das principais causas de perda de anos de vida potenciais. A gestão destas doenças é cada vez mais complexa, requer equipas treinadas e proficientes numa gestão clínica multidisciplinar que se pretende integradora das múltiplas áreas do conhecimento (DGS, 2019).

Cancro da mama (CM) é a neoplasia mais comum em mulheres (23% de todos os carcinomas na mulher), sendo que, em todo o mundo, todos os anos, mais de 1,6 milhões de mulheres são diagnosticadas com CM. A incidência do CM aumenta com a idade e o prognóstico é bom se detetado em estadios iniciais. No entanto, quando metastizado, é virtualmente incurável, sendo a segunda causa de morte por neoplasias na mulher (SPO, 2017).

Os avanços alcançados nos últimos anos, a nível do tratamento e diagnóstico do cancro da mama influenciaram também as abordagens cirúrgicas, tornando-as menos agressivas, com melhorias acentuadas no controlo loco regional da doença (SPO, 2020).

Nos últimos anos, 60% a 80% dos cancros de mama são diagnosticados em estadios I e II, o que tem permitido um aumento progressivo das taxas de cirurgia conservadora, com impacto positivo na qualidade de vida. O tratamento cirúrgico do cancro de mama tem como principal objetivo a segurança oncológica em equilíbrio com um bom resultado estético (SPO, 2020).

Apesar do aumento da sobrevida das doentes com cancro da mama, muitas mulheres com esta doença sofrem problemas físicos e psicológicos de longo prazo resultantes dos tratamentos combinados existentes, uma vez que alguns desses tratamentos, podem causar efeitos adversos duradouros com impacto significativo na qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama (Shahsavari, 2015). Essas complicações podem prejudicar a saúde física, funcional, emocional e familiar/social dos pacientes, o que, por sua vez, afeta o processo de recuperação pós-operatória e a qualidade da sobrevida pós-operatória (Zang, 2022; Wilson, 2017).

Estudos demonstram que doentes de cancro da mama dependem dos prestadores de cuidados para receberem informação necessária acerca da sua doença e sobre o controlo da mesma (Shahsavari, 2015).

O enfermeiro é o profissional que se encontra mais bem posicionado para informar a doente através de uma linguagem adequada e por isso salienta-se a relevância de uma consulta de enfermagem com uma estrutura que atenda às características e situação clínica de cada doente (Gonçalves et al., 2017 in Mendes, 2021).

A consulta de enfermagem, trata-se de uma intervenção autónoma de enfermagem, suportada por lei, relevante e resolutiva, que identifica situações de saúde/doença, prescreve e realiza intervenções de enfermagem que contribuem para a

promoção da saúde, prevenção e proteção da doença, além da recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (Neiva et al. 2020, Mendes 2021).

Os avanços no tratamento cirúrgico do cancro da mama, envolvem muitas vezes técnicas cirúrgicas menos invasivas e internamentos de curta duração, com admissões no próprio dia, dificultando o processo de conhecimento e interação com o doente e família. Também o tempo de internamento para intervenção cirúrgica é cada vez mais limitado, pelo que a relação terapêutica enfermeiro/doente fica comprometida (Breda e Cerejo, 2021).

A avaliação pré-operatória ganha, neste contexto um relevo fundamental, deve ser uma avaliação holística que reflita as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais do doente, de forma a uniformizar procedimentos ou a instituir protocolos de atuação (Santos, 2014).

A consulta de enfermagem que antecede o procedimento é uma importante ferramenta terapêutica, que proporciona ao paciente um espaço para esclarecer suas dúvidas e/ou dos familiares. Dentro do seu foco de atuação, nesse momento, o enfermeiro traz informações sobre o procedimento cirúrgico, outros tópicos que julgar necessários, visando diminuir as complicações cirúrgicas imediatas, estabelecer vínculo e identificar problemas, além de oportunamente fornecer educação precoce em saúde sobre a importância do autocuidado no pós-operatório (Neiva et al. 2020, Petterson et al. 2018).

A necessidade de uma consulta de enfermagem pré-operatória e de promover intervenções de enfermagem especializadas no período pré-operatório, na mulher proposta para cirurgia por cancro da mama, serve como base e problemática para a realização desta revisão *scoping*.

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE complete, na Cochrane *Database of Systematic Reviews* e na CINAHL complete (via EBSCO) não tendo sido encontrada qualquer revisão ou *scoping review* sobre esta temática.

Desta forma a questão orientadora, "Quais as intervenções de enfermagem à mulher proposta para cirurgia oncológica da mama em consulta pré-operatória de enfermagem?" constituíram a base para a realização desta revisão, que foi realizada de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute*.

Pretende contribuir para aprofundar os conhecimentos e obter evidências sobre as intervenções a desenvolver no contexto desta consulta, integrando-as na prática de enfermagem de forma a garantir o melhor cuidado às doentes e a melhor satisfação nos cuidados.

Metodologia

O *scoping review* é um método inicialmente proposto por Arksey e O'Malley em 2005 tendo sido posteriormente desenvolvido por um grupo de trabalho do *Joanna Briggs Institute* e do *Joanna Briggs Collaboration*. Foi utilizado nesta revisão para mapear a evidência relacionada com a questão orientadora, assim como identificar lacunas de conhecimento no seu âmbito (Peters et al. 2020).

Critérios de inclusão e exclusão

Para a definição dos critérios de inclusão foi utilizada a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, atendendo à população, o conceito e contexto (PCC) da *scoping review* pretendida.

População: a revisão considerará todos os estudos que incluam mulheres com 19 anos ou mais, com cancro da mama e propostas para cirurgia. Para além da idade não serão consideradas quaisquer outras restrições a nível de étnia ou características pessoais.

Conceito: serão considerados todos os estudos que tratem o tema de intervenções de enfermagem no contexto definido pela revisão.

Contexto: consulta de enfermagem pré-operatória.

Como critérios de exclusão foram definidos para além dos que estão diretamente relacionados com os critérios de inclusão, artigos ou documentos com data de publicação anterior a janeiro de 2010, e/ou artigos ou documentos que não identifiquem intervenções de enfermagem e ou que essas intervenções sejam relativas a outras etapas do processo cirúrgico.

Fontes de evidência

Inclui todos os artigos, estudos quantitativos e qualitativos ou revisões sistemáticas, independentemente do desenho ou da metodologia do estudo bem como outros documentos ou publicações relevantes sobre a questão de revisão, publicados a partir de 2010, em inglês, português e espanhol.

Estratégia de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE *complete* e na CINAHL *complete* (via EBSCOhost Web) de forma a mapear a evidência relacionada com a questão orientadora, assim como identificar lacunas de conhecimento no seu âmbito (Peters et al. 2020).

Segundo o preconizado pelo *The Joanna Briggs Institute*, a pesquisa foi realizada em três fases. A pesquisa inicial foi realizada nos descritores em Ciências da Saúde DeCS/MeSH com recurso a palavras-chave em linguagem natural relacionadas com a problemática da revisão. Após essa pesquisa, foi realizada uma análise dos títulos, resumos e palavras-chave utilizadas nos artigos com o objetivo de definir os termos corretos para a pesquisa principal (Peters, et al., 2017).

As palavras-chave identificadas relacionadas com o tema foram: doente oncológico; cancro da mama; consulta pré-operatória de enfermagem; intervenções de enfermagem, tendo sido utilizados na pesquisa inicial os termos em linguagem natural: *Cancer patients, Breast neoplasms, nursing care, oncology nursing, nursing interventions, office nursing e preoperative care*.

Na segunda etapa, foi realizada a pesquisa nas bases de dados MEDLINE *complete* e CINAHL *complete* (via EBSCO), utilizando os descritores enunciados na tabela 1, que apresenta de igual forma, os descritores em linguagem natural. Na pesquisa realizada na CINAHL e na MEDLINE foram utilizados os descritores em linguagem natural "*Nursing Consultation*" e "*Preoperative Nursing Consultation*" por impossibilidade de indexação, pelo mesmo motivo na pesquisa realizada na MEDLINE foi utilizado o descritor em linguagem natural "*Cancer Patients*".

| | Linguagem Natural | Linguagem Indexada | |
|------------------|---|--|--|
| | | Medline | CINAHL |
| População | Cancer Patients; Breast Neoplasms. | MH "Patients" "Cancer Patients" MH "breast Neoplasms" | MH "Cancer Patients" MH "Breast Neoplasms" |
| Conceito | Nursing care; Oncology Nursing; Nursing Interventions; Office nursing. | MH "Patient Care" MH "Patient Care Planing" MH "Nursing" MH "Oncology Nursing" MH "Office Nursing" MH "Nursing Role" | MH "Nursing Care" MH "Oncologic Nursing" MH "Nursing Interventions" MH "Office Nursing" MH "Advanced Nursing Practice" MH "Patient Education" |
| Contexto | Preoperative care. | MH "Preoperative Care" MH "Preoperative period" MH "Perioperative Care" OR MH "Perioperative Nursing" OR MH "Perioperative period" "Nursing Consultation" "Preoperative Nursing Consultation" | MH "Preoperative Care" MH "Preoperative education" MH "Preoperative period" MH "Perioperative Care" MH "Perioperative Nursing" "Nursing Consultation" "Preoperative Nursing Consultation" |

Tabela 1 – Linguagem natural utilizada na pesquisa inicial e respectivos termos indexados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL.

Em ambas as bases de dados (CINAHL e MEDLINE), os descritores utilizados foram operacionalizados através das expressões OR e AND, encontrando-se os códigos de pesquisas construídos através dessas expressões, descritos na tabela 2 e tabela 3.

Tabela 2 – Estratégia e limitadores da pesquisa aplicados na base de dados CINAHL *complete*.

BASE DE DADOS: CINAHL (via EBSCO)
RESULTADOS: 27

| PESQUISA | TERMOS DE PESQUISA |
|----------|--------------------|
| S1 | Cancer Patients |
| S2 | Breast Neoplasms |
| S3 | S1 OR S2 |

| | |
|-----|---|
| S4 | Nursing Care |
| S5 | Oncology Nursing |
| S6 | Nursing Interventions |
| S7 | Office Nursing |
| S8 | S4 OR S5 OR S6 OR S7 |
| S9 | Preoperative Care |
| S10 | S3 AND S8 AND S9 |
| S11 | (MH "Cancer Patients") |
| S12 | (MH "Breast Neoplasms") |
| S13 | S11 OR S12 |
| S14 | (MH "Nursing Care") |
| S15 | (MH "Oncology Nursing") |
| S16 | (MH "Office Nursing") |
| S17 | (MH "Nursing Interventions") |
| S18 | (MH "Advanced Nursing Practice") |
| S19 | (MH "Patient Education") |
| S20 | S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 |
| S21 | (MH "Preoperative Care") |
| S22 | (MH "Preoperative Education") OR (MH "Preoperative Period") |
| S23 | (MH "Perioperative Care") |
| S24 | (MH "Perioperative Nursing") |
| S25 | "Nursing Consultation" |
| S26 | "Preoperative Nursing consultation" |
| S27 | S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 |
| S28 | S13 AND S20 AND S27 |

Tabela 3 – Estratégia e limitadores da pesquisa aplicados na base de dados MEDLINE complete.

BASE DE DADOS: MEDLINE (via EBSCO)
 RESULTADOS: 13

| PESQUISA | TERMOS DE PESQUISA |
|----------|--------------------------------------|
| S1 | Cancer Patients |
| S2 | Breast Neoplasms |
| S3 | S1 OR S2 |
| S4 | Nursing Care |
| S5 | Oncology Nursing |
| S6 | Nursing Interventions |
| S7 | Office Nursing |
| S8 | S4 OR S5 OR S6 OR S7 |
| S9 | Preoperative Care |
| S10 | S3 AND S8 AND S9 |
| S11 | (MH "Patients") OR "Cancer Patients" |
| S12 | (MH "Breast Neoplasms") |

| | |
|-----|--|
| S13 | S11 OR S12 |
| S14 | (MH "Nursing Care") OR (MH "Patient Care Planning") |
| S15 | (MH "Nursing") |
| S16 | (MH "Oncology Nursing") |
| S17 | (MH "Office Nursing") OR (MH "Nurses Role") |
| S18 | S14 OR S15 OR S16 OR S17 |
| S19 | (MH "Preoperative Care") OR (MH "Preoperative Period") |
| S20 | "Nursing Consultation" |
| S21 | (MH "Perioperative Care") OR (MH "Perioperative Nursing") OR (MH "Perioperative period") |
| S22 | "Preoperative Nursing consultation" |
| S23 | S19 OR S20 OR S21 OR S22 |
| S24 | S13 AND S18 AND S23 |

Extração de dados e resultados

Aos artigos obtidos em ambas as bases de dados, foram aplicados filtros de pesquisa e considerados para inclusão, todos os estudos escritos em português, inglês ou espanhol, com data de publicação superior a 2010, população com idade superior ou igual a 19 anos tendo sido excluídos os artigos com população masculina.

Tal como apresentado no diagrama 1, a pesquisa identificou um total de 40 estudos potencialmente relevantes. Foram incluídos 2 artigos extraídos após pesquisa em literatura cinzenta presente em *websites* e *internet*. Eliminados os artigos duplicados (n=4) e após avaliação com base no título e resumo, foram excluídos 34 artigos. Efetuada leitura integral do texto dos restantes, incluindo os 2 artigos de fontes externas, foram excluídos 4 estudos por não abordarem a temática pretendida. Desta forma, foram incluídos nesta revisão 4 estudos.

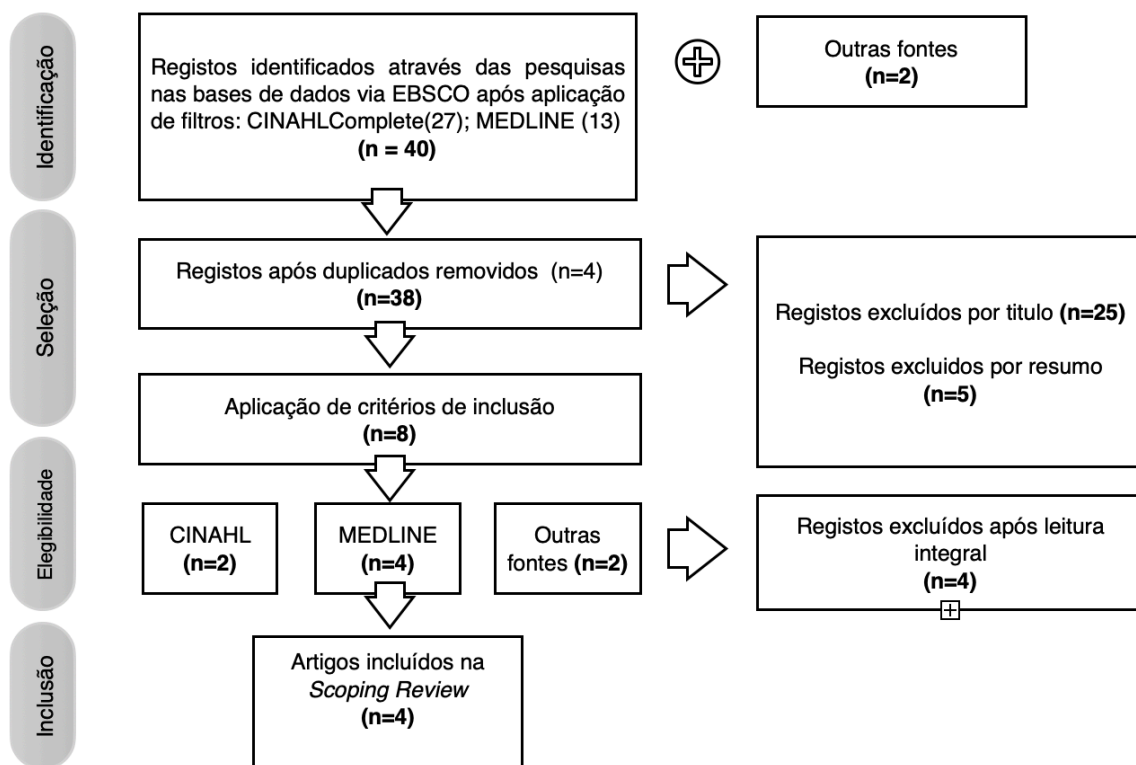


Diagrama 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos

A tabela 4 apresenta o resumo dos resultados obtidos após análise dos estudos de acordo com a questão orientadora.

Tabela 4 – Resumo dos resultados obtidos

| Estudo | Objetivo e Tipo de estudo | Tipo de intervenção | Resultados encontrados |
|--|---|--|--|
| Measuring Preoperative Anxiety in Patients With Breast Cancer Using the Visual Analog Scale. Aviado-Langer, J. (2014) | <ul style="list-style-type: none"> •Descrever a aplicação de uma escala de avaliação pré-operatória da ansiedade na mulher com cancro da mama; •Estudo prospetivo | <ul style="list-style-type: none"> •Avaliação pré-operatória da ansiedade com recurso à escala <i>visual analog scale</i> (VAS) •A consulta pré-operatória de enfermagem é o momento ideal para a avaliação da ansiedade. A não avaliação e não tratamento da ansiedade influencia o bem-estar físico, psíquico e emocional, e pode influenciar a resposta e recuperação pós-operatória. | <ul style="list-style-type: none"> •A avaliação pré-operatória é fundamental para facilitar um curso de tratamento positivo, identificando a ansiedade e comunicando-a à equipe de saúde. Promove o envolvimento e o aconselhamento da doente permitindo a mitigação precoce e a melhoria dos cuidados. |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com cancro da mama.</p> <p>Gozzo T. et al. (2012)</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Identificar as informações necessárias para a elaboração de um manual educativo, para auxiliar a mulher no pré-operatório para tratamento do cancro da mama; •Estudo prospetivo com entrevistas a mulheres pós cirurgia | <ul style="list-style-type: none"> •O enfermeiro é o profissional mais preparado para assumir o papel para a educação para a saúde e promoção da saúde à mulher e família com cancro da mama. •Na promoção do autocuidado e na promoção de saúde para um mais rápido restabelecimento do potencial de saúde são identificadas 3 dimensões ou categorias de informação a prestar: <ul style="list-style-type: none"> •Informação sobre o tratamento cirúrgico; •Informação sobre internamento, anestesia e preparação pré-operatório; •Informação para cuidados para o domicílio e intercorrências. | <p>Informação impressa, folhetos e manuais podem facilitar o entendimento da mulher e família sendo um instrumento de informação, para promover a saúde, prevenir complicações, desenvolver habilidades e favorecer o autocuidado de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia.</p> |
| <p>Necessidades das mulheres com cancro da mama no período pré-operatório.</p> <p>Trescher G. et al. (2019)</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Conhecer na perspetiva dos enfermeiros e das doentes, as necessidades de cuidados pré-operatórios na mulher com cancro da mama; •Estudo qualitativo, descritivo | <ul style="list-style-type: none"> •As necessidades de cuidados e as intervenções a desenvolver são agrupadas em 3 dimensões ou categorias: <ul style="list-style-type: none"> •<u>Necessidades psicossociais</u> (orientação e esclarecimento de dúvidas, preocupações, ansiedade, medo da doença e tratamento, salientando a importância da presença do companheiro no processo); •<u>Necessidades educacionais</u> (ensinos sobre o processo cirúrgico, pré-operatório e cuidados pós-operatórios) •<u>Recomendações para a operacionalização da consulta de enfermagem</u> (escuta ativa, comunicação terapêutica normalizada e construção e fornecimento de recursos educativos) | <p>A sistematização da consulta de enfermagem pré-operatória e a elaboração de recursos educativos de acordo com as necessidades de cuidados, permitem uma abordagem mais humanizada e integrada com um maior foco nos cuidados pré-operatórios e <i>guidelines</i> com resultados visíveis no pós-operatório e recuperação das doentes.</p> |
| <p>Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective.</p> <p>Brown, J., Refeld, G. & Cooper, A. (2018)</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Perceber as diferenças de percepção em relação à consulta pré-operatório na mulher com cancro da mama, quando a mesma é realizada presencial, por telefone ou quando não foi realizada consulta; •Estudo descritivo com métodos mistos. | <ul style="list-style-type: none"> •O estudo incide sobre intervenções realizadas no âmbito de 3 temas: <ul style="list-style-type: none"> •Fornecer conhecimento e esclarecimento (informações e esclarecimentos de dúvidas sobre a cirurgia a cirurgia e opções de tratamento; •Apoio psicossocial e emocional; •Apoio e suporte prático (cuidados pessoais e autocuidado, informações sobre próteses e recursos para a autoimagem e informação sobre grupos de apoio e organizações) | <p>A consulta de enfermagem pré-operatória é um instrumento e recurso para fornecer o suporte educacional, psicossocial e pratico necessário à mulher com cancro da mama com necessidade de cirurgia.</p> |

Análise e discussão dos resultados

O objetivo desta revisão *scoping* foi mapear as intervenções de enfermagem a realizar no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem na mulher com cancro da mama, através da análise dos resultados dos estudos selecionados.

Para dar resposta a este objetivo foram selecionados 4 estudos, essencialmente qualitativos, descritivos e prospetivos que fornecem uma ideia das intervenções de

enfermagem a realizar e as dimensões das necessidades apresentadas pela mulher em período pré-operatório com cancro da mama.

O diagnóstico de cancro da mama, apresenta à mulher uma série de desafios, necessidades de escolhas e conseqüentemente adaptações para fazer face à doença. O momento da cirurgia é amplamente descrito na literatura, como um momento importante, crítico e abrupto, que provoca alterações profundas, e implicações no bem-estar e na saúde (Ribeiro, 2010 in Santos, 2014), que levanta uma série de dúvidas relacionadas com a autoimagem e com o bem-estar (Gozzo et al. 2012).

Os estudos analisados são unânimes na necessidade de uma avaliação precoce, holística e normalizada, tendo em consideração as necessidades identificadas pela mulher com cancro da mama de forma a proporcionar melhores cuidados de enfermagem que se traduzam em melhores resultados pós operatórios com um restabelecimento do potencial de saúde mais rápido, sobretudo porque é identificado que muitas vezes os ensinamentos efetuados por parte da equipa médica e de enfermagem são muito mecânicos e formais, sem atender aos sentimentos e necessidades de cada doente, resultando num desinteresse pelo conteúdo da Educação (Zhang, 2022).

O diagnóstico de cancro da mama é um acontecimento que induz stress, o que torna a avaliação pré-operatória crucial na identificação, avaliação e gestão da ansiedade das doentes (Aviando-Langer, 2014). O mesmo autor citando Drageset, Lindstrøm, Giske, & Underlid (2011), durante a avaliação pré-operatória, refere que, as doentes manifestam como fatores de stress a espera pela cirurgia, os resultados da patologia e o medo da recorrência da doença o que acentua esse mesmo stress e a ansiedade.

O estudo de Aviando-Langer (2014), apresenta a necessidade de uma avaliação pré-operatória da ansiedade da mulher proposta para cirurgia, concluindo que a avaliação pré-operatória é fundamental para facilitar um curso de tratamento positivo. Identificando a ansiedade, comunicando-a à equipa de saúde e intervindo sobre fatores desencadeantes, promove o envolvimento e o aconselhamento da doente permitindo a mitigação precoce e a melhoria dos cuidados.

Para Santos et al (2014), a preparação pré-operatória deve visar a componente psicológica do doente cirúrgico, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar os estados emocionais sentidos, constituindo uma área em que os enfermeiros

têm um papel fulcral no desenvolvimento, consolidação, crescimento e implementação de intervenções e mudanças.

Essa necessidade de avaliar a ansiedade e a necessidade de apoio e suporte a nível psicológico e psicossocial é evidente e apresentado também nos restantes artigos estudados. Trescher et al (2019), identifica como necessidades de cuidados à mulher em período pré-operatório, necessidades psicossociais, com a orientação para o esclarecimento de dúvidas e preocupações, intervindo dessa forma na ansiedade manifestada e percebida em relação a essas dúvidas, ao medo da doença e do tratamento, salientando também como fator de extrema importância a presença do companheiro durante este período. Brown J., Gay Refeld G. & Cooper A. (2018), identificam de igual forma categorias de intervenção na avaliação ou consulta pré-operatória de enfermagem, como fornecimento de informação e esclarecimento de dúvidas, apoio psicossocial e emocional que indiretamente são forma de avaliação, controlo e mitigação da ansiedade na mulher.

Gozzo et al. (2012) identifica que o enfermeiro é o profissional mais preparado para assumir o papel para a educação para a saúde e promoção da saúde à mulher e família com cancro da mama, desempenhando um papel importante na promoção do autocuidado e na promoção de saúde para um mais rápido restabelecimento do potencial de saúde.

Para Santos et al (2010), o enfermeiro é presença indispensável na equipa multidisciplinar, por estabelecer com a mulher com cancro da mama uma comunicação terapêutica que proporciona cuidados de enfermagem, que por sua vez atendem às expectativas e necessidades da mulher, assegurando conforto físico, emocional e espiritual.

Para Mendes, Ferrito & Gonçalves (2020), a consulta de enfermagem pré-operatória pode ser entendida como o ponto de partida para a construção de uma relação de confiança entre o cliente e o enfermeiro, fundamentando a abordagem dos cuidados centrados no cliente, sendo a informação transmitida neste momento, importante e relevante para a mulher/família, podendo influenciar significativamente os *outcomes* dos clientes, especialmente se for estruturada e personalizada de acordo com as necessidades e expectativas destes.

A sistematização da consulta de enfermagem pré-operatória, permite uma abordagem mais humanizada e integrada com um maior foco nos cuidados pré-operatórios, com resultados visíveis no pós-operatório e recuperação das doentes (Trescher et al 2019). Para Brown, Refeld & Cooper (2018), a consulta de enfermagem pré-operatória é um instrumento e recurso para fornecer o suporte educacional, psicossocial e prático necessário à mulher com cancro da mama com necessidade de cirurgia.

Os artigos avaliados identificam categorias ou temas de intervenção a realizar em contexto de consulta pré-operatória no sentido de dar resposta às necessidades da doente com cancro da mama.

Trescher et al (2019), identifica necessidades psicossociais (orientação e esclarecimento de dúvidas, preocupações, ansiedade, medo da doença e tratamento), necessidades educacionais (ensinos sobre o processo cirúrgico, pré-operatório e cuidados pós-operatórios) e recomendações para a operacionalização da consulta de enfermagem (escuta ativa, comunicação terapêutica normalizada e construção e fornecimento de recursos educativos).

Brown, Refeld & Cooper (2018), identificam a necessidade de fornecer conhecimento e esclarecimento (informações e esclarecimentos de dúvidas sobre a cirurgia e opções de tratamento), necessidade de prestar apoio psicossocial e emocional e a necessidade de apoiar e prestar suporte prático (cuidados pessoais e autocuidado, informações sobre próteses e recursos para a autoimagem e informação sobre grupos de apoio e organizações).

Gozzo et al (2012), identificam 3 dimensões ou categorias de informação a prestar tendo em vista a constituição de um manual informativo, informação sobre o tratamento cirúrgico, informação sobre o internamento, anestesia e preparação pré-operatório e informação para cuidados para o domicílio e intercorrências.

Um tema fundamental e patente nos estudos é a necessidade de construir e fornecer apoio educativo de forma impressa. A informação impressa, folhetos e manuais podem facilitar o entendimento da mulher e família, sendo um instrumento de informação, para promover a saúde, prevenir complicações, desenvolver habilidades e favorecer o autocuidado de mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia (Gozzo et al. 2012). Para Trescher et al (2019), a elaboração de recursos educativos de acordo

com as necessidades de cuidados, permitem uma abordagem mais humanizada com resultados visíveis no pós-operatório e recuperação das doentes.

Por outro lado, Mendes, Ferrito & Gonçalves (2020), identificam descritas na literatura, algumas barreiras à transmissão de informação no momento pré-operatório, nomeadamente a falta de concentração dos doentes e/ou as suas expectativas pré-concebidas em relação ao tratamento cirúrgico e ao período pós cirurgia, podendo dessa forma manifestar dificuldade em reter grande parte da informação que é transmitida.

Assim os recursos educativos disponibilizados, nomeadamente folhetos ou informação impressa são um apoio válido e importante na informação a transmitir no período pré-operatório.

A preparação para o autocuidado e a promoção de saúde vai além de meras informações sobre como “controlar” uma condição de saúde. Por isso, no que se refere à responsabilidade da criação de ações para o cuidado, a sistematização de um processo de conhecimento torna-se necessária para o desenvolvimento de um trabalho educativo com as pessoas envolvidas na busca de qualidade de vida (Gozzo et al.2012).

Trescher et al (2020), identifica que as intervenções de apoio educativo, promovem um maior envolvimento do doente no seu autocuidado, tornando-os mais capazes e promovendo o seu *empowerment* para minimizar o aparecimento de complicações.

Alves et al (2010), partilham e importância das intervenções de apoio educativo no processo de enfermagem, reforçando de igual forma, a importância do apoio emocional prestado e a capacidade de, através dos cuidados de enfermagem desenvolvidos, envolver a mulher e família no processo de decisão do seu tratamento.

Limitações dos estudos

Nos estudos que serviram de base a esta revisão, com exceção do estudo de Aviado-Langer, J. (2014) que foi realizado com uma amostra significativa de 102 mulheres, as amostras apresentavam números relativamente baixos o que de certa forma pode limitar os resultados e impedir a sua generalização.

Nos estudos são identificados temas e grupos de intervenções a realizar em contexto de consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama, no entanto, existe

uma falta de identificação de intervenções mais precisas e concretas que permitam por exemplo, verificar as intervenções realizadas e implementá-las de forma direta e clara.

Apenas o estudo de Aviado-Langer, J. (2014), apresenta a utilização de uma escala e uma forma definida de avaliação para futura intervenção na doente.

Limitações da Revisão *Scoping*

Existe uma nítida escassez de artigos e estudos acerca do tema pré-operatório e mais concretamente do pré-operatório na mulher com cancro da mama, tendo dificultado dessa forma a pesquisa.

Sendo um tema de elevada pertinência e atualidade, pela necessidade que este tipo de intervenções cirúrgicas e internamentos pelas suas características levantam, o investimento, investigação e produção de mais conhecimento nesta área com certeza iria permitir uma tomada de decisão mais informada e incrementar a promoção do autocuidado e a transição da mulher durante o processo de doença oncológica com a obtenção de melhores resultados no âmbito da qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- Alves, P., Barbosa, I., Caetano, J., & Fernandes, A. (2010). Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Revista brasileira de Enfermagem*. 64(4): 732-737.
- Aviado-Langer J. (2014). Measuring Preoperative Anxiety in Patients With Breast Cancer Using the Visual Analog Scale. *Clinical Journal of Oncology Nursing*,18 (5): 489-491.
- Breda L. & Cerejo M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5): 1-13. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20088>.
- Brown J., Gay Refeld G. & Cooper A. (2018). Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 45 (3): 389-398.
- Direção Geral de Saúde (2019). Recursos do SNS em Oncologia - relatório de inquérito. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1219985-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYszltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>.
- Gozzo T., Lopes R., Prado M., da Cruz L. & de Almeida A. (2012). Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com cancro da mama. *Esc Anna Nery*, 16 (2): 306-311.
- Mendes, D., Ferrito, C. & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*. 12(1): 47-53. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>.
- Mendes D. & Ferrito C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8): 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20216>.
- Neiva R., Nogueira M. & Pereira A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 18: 1-8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN.

- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2017). *Chapter 11: Scoping Reviews*. (M. Z. Aromataris E, Editor, & The Joanna Briggs Institute) Obtido de Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Petterson M., Ohlén J., Friberger F., Hiden L-C., Wallengren C., Sarenmalm E., & Carlsson E. (2014). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27: 2904–2916. DOI: 10.1111/jocn.14312.
- Santos, M., Martins, J. & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, (3): 7-15. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>.
- Santos, M., de Sousa, F., Alves, P., Bonfim, I., & Fernandes, A. (2010). Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(4): 675-678.
- Shahsavari H., Matory P., Zare Z., Taleghani F. & Kaji MA. (2015). Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *J Edu Health Promot.*, 70(4): 1-7.
- Sociedade Portuguesa de Oncologia (2017). 100 perguntas chave no cancro da mama. (2ª edição). Permanyer Portugal.
- Sociedade Portuguesa de Oncologia (2020). Manual de Oncologia - Abordagem e tratamento do cancro da mama. Sociedade Portuguesa de Oncologia.
- Trescher G., Amante L., da Rosa L., Girondi J., Varela A., Oro J., Rolim J. & dos Santos J. (2019). Necessidades das mulheres com cancro da mama no período pré-operatório. *Journal of Nursing UFPE online*, 13(5): 1288-1294.
- Trescher, G., Amante, L., da Rosa, L., Girondi, J., Miranda, G., dos Santos, M., Zuanazzi, E. & Mohr, H. (2020). Sistematização das Consultas de Enfermagem em Pré-Operatório às Mulheres com Câncer da Mama. *Enfermagem Foco*. 11(5): 40-47.
- Wilson D. (2017). Exercise for the patient after breast cancer surgery. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1): 98-105.

- Zhang H.; Duan Y. & Zhou F. (2022). Explore the Application Value of Prospective Monitoring Model in the Nursing Management of Breast Cancer Patients During Perioperative Period. *Front. Surg*: 1-9. Doi: 10.3389/fsurg.2022.850662.

APÊNDICE II – Caracterização Centro Oncológico Campo de Estágio A

O Centro Oncológico do campo de estágio A, pretende distinguir-se por uma abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas que se traduza, através da elevada experiência dos profissionais especializados e a tecnologia inovadora existente, em resultados em saúde de para o doente oncológico em todo o seu percurso da doença.

O Centro de oncologia e os profissionais proporciona um serviço de proximidade e uma abordagem multidisciplinar e global nas diversas vertentes médicas e cirúrgicas da doença oncológica, bem como profissionais em áreas de apoio como nutrição, psicologia, medicina física e de reabilitação e Cardio-Oncologia.

Da equipa do Centro de Oncologia fazem parte:

- Equipa médica:
 - 10 Médicos com especialidade em Oncologia Médica;
 - 1 Médico com especialidade em Genética Médica;
 - 4 Médicos com especialidade em Hematologia Clínica;
 - 4 Médicos com especialidade em Medicina Nuclear;
 - 2 Médicos com especialidade em Radioterapia.
- Equipa de enfermagem:
 - 1 Enfermeira Chefe;
 - 8 Enfermeiros de cuidados gerais;
 - 4 Enfermeiros com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção de Enfermagem Oncológica;
 - 1 Enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
 - 1 Enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Reabilitação.
- 5 assistentes operacionais

De forma a prestar os melhores cuidados, para além de instalações modernas e acolhedoras, o centro de oncologia tem ao seu dispor equipamento médico e tecnológico

inovador, nomeadamente Tomografia por Emissão de Positrões (PET), Cintigrafia, Ressonância Magnética, Fluorescência e Bioluminescência e Braquiterapia.

À qualidade e experiência dos profissionais e aos recursos tecnológicos disponíveis acresce a capacidade de resposta rápida e total disponibilidade para apoiar os clientes e os seus familiares, 24 horas por dia, 365 dias por ano.

A doença oncológica é globalmente considerada um problema de saúde pública com impacto significativo na pessoa, família e cuidadores de todas as idades e condições, sendo necessária uma resposta eficaz e integrada nos mais diferentes níveis, investigação, formação, diagnóstico, tratamento e prestação de cuidados aos doentes oncológicos e suas famílias ou cuidadores.

O Centro oncológico tem como missão a excelência dos cuidados prestados ao cliente e família, desde o seu diagnóstico, prestando planeamento, tratamento e cuidados de suporte necessário no seu percurso terapêutico, preservando a individualidade e as necessidades específicas de cada cliente e sua família na doença.

O ensino e educação são componentes integrantes do centro Oncológico permitindo a atualização de conhecimentos e aptidões dos seus profissionais bem como a formação geral e específica de estudantes de medicina e internos de formação complementar. Contribui de igual forma para o conhecimento científico na área das doenças oncológicas, participando regularmente em ensaios clínicos em colaboração com instituições médicas nacionais e internacionais, possibilitando o aumento do conhecimento e desenvolvimento de práticas e abordagens à doença oncológica visando melhores resultados de saúde, possibilitando dessa forma que os clientes do centro oncológico tenham acessos a novas estratégias e tratamentos inovadores ainda em fase de estudo.

O caso de cada cliente individual e singular as suas necessidades em termos de diagnóstico, planeamento, tratamento e cuidados vão determinar quais as áreas e profissionais envolvidos na doença oncológica. O centro oncológico dá resposta em termos de consultas na área médica, nomeadamente: Oncologia Médica, Hematologia, Neuro-Oncologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Genética Médica e nas especialidades cirúrgicas de Cirurgia Digestiva, Cirurgia da mama, Neurocirurgia, Ginecologia, Urologia, Cirurgia torácica e Cirurgia Plástica.

A capacidade de resposta à doença oncológica obriga a um esforço integrado e multidisciplinar entre as diferentes áreas envolvidas no diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, o centro oncológico atua em colaboração e apoia a sua atividade em todos os serviços da unidade hospitalar envolvidos nas diversas fases do processo, essa colaboração é fundamental quando é necessário um diagnóstico ou há suspeita de doença oncológica após uma consulta de especialidade ou cirúrgica onde é evidenciada uma queixa ou suspeita, ou mesmo em qualquer exame de rotina realizado.

Nesta fase de diagnóstico e possível confirmação de doença oncológica, são essenciais os serviços e as especialidades envolvidas nestes exames, nomeadamente:

- Anatomia patológica, determina alterações morfológicas através da análise de células e tecidos provenientes, por exemplo de biópsias ou peças anatómicas, de forma a isoladamente ou em conjunto com outras técnicas (Histoquímica, Imunohistoquímica e Biologia Molecular) produzir um diagnóstico correto e completo;
- Serviço de Imagiologia, e as diferentes técnicas imagiológicas desempenham um papel fundamental no diagnóstico e na avaliação para o plano de tratamento;
- Patologia Clínica, permite avaliar funções e parâmetros necessários ao plano de tratamento e ao acompanhamento do mesmo;
- Gastroenterologia e Pneumologia, realizam exames e técnicas essenciais para o diagnóstico e acompanhamento de doenças oncológicas nas suas áreas;
- Medicina Nuclear, avalia a doença e a extensão da mesma no corpo utilizando radio fármacos (radio-isótopos) desempenha um papel fundamental no diagnóstico e estadiamento de cancro através de exames como a PET e a Cintigrafia Óssea.

Os exames realizados permitem uma caracterização e estadiamento da doença oncológica e têm uma influência decisiva na abordagem e plano terapêutico a delinear. Após disponibilização destes exames e em conjunto com os dados da consulta inicial, o caso de cada cliente é discutido em Consulta Multidisciplinar de Decisão Terapêutica, este é um momento fundamental da assistência ao cliente, durante o qual é feita a avaliação diagnóstica e a recomendação terapêutica. O tratamento da doença oncológica pode envolver, de forma isolada ou em conjunto, terapêuticas locais (cirurgia e radioterapia) e sistêmicas (quimioterapia, hormonoterapia e/ou outras). A sequência dos

tratamentos pode variar consoante o tipo de tumor, a apresentação e o estadiamento de cada doença em particular.

O centro oncológico situa-se no piso -1, com acessos, a partir da entrada principal, do estacionamento através do núcleo de elevadores B e por escada rolante. Ocupa desde 2019, após expansão da unidade hospitalar, uma ala nova adjacente ao antigo espaço físico. Integra a Oncologia Médica, a Cirurgia Oncológica, a Medicina Molecular, a Hematologia Clínica, o Hospital Dia de Oncologia e a Radioterapia, ocupando espaços próprios. Todos eles têm uma abordagem conjunta e global colaborando com outros serviços que são essenciais para o diagnóstico, assim como com serviços de suporte fundamentais, Serviços Farmacêuticos, Nutrição, Psicologia, Medicina Interna, Medicina Física e Reabilitação, Unidade de Controlo da Dor e Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.

A Oncologia Médica assume o papel de integrador dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades médicas e cirúrgicas ao doente oncológico em tratamento acompanhando-o ao longo de todo o processo efetuando o planeamento dos tratamentos oncológicos sistémicos e o seguimento de quem os realiza, durante e após estes tratamentos. A equipa médica encontra-se organizada por áreas diferenciadas como cancro do testículo, cancro da mama, ginecológicos, pulmão, urológicos, tubo digestivo e melanoma. A Oncologia Médica assume a coordenação das equipas multidisciplinares de decisão terapêutica em cada um dos centros especializados por tipo de cancro.

Os tratamentos de quimioterapia são realizados no Hospital de Dia Oncológico. O espaço é amplo com uma configuração retangular, em que na zona central e direcionadas para um jardim interior amplamente iluminado de forma natural, se encontra as unidades individuais para cada cliente. Estas unidades independentes, garantem a privacidade e conforto do cliente, são compostas por um cadeirão articulado elétrico de regulação independente, um ecrã com acesso a televisão e internet de forma a proporcionar conforto e os meios necessários para o cliente durante o tempo necessário ao tratamento. Nas áreas circundantes, estão disponíveis 3 quartos individuais para tratamentos que exijam maior privacidade ou para maior conforto do doente, 1 quarto equipado para permitir tratamento complementar térmico, Gabinete de Coordenação de Enfermagem, área de trabalho da equipa de Enfermagem, várias zonas integradas de

apoio logístico armazenamento, Gabinete médico, sala de atendimento ao doente e família, copa e instalações sanitárias.

A Medicina molecular, é uma especialidade médica que utiliza quantidades mínimas de radiação de forma a realizar exames de diagnóstico, tratamentos terapêuticos e apoio a procedimentos cirúrgicos. Diferente dos métodos de exame imagiológico convencionais, tem como objetivo analisar o funcionamento dos tecidos e dos órgãos, através da utilização de elementos conhecidos como radiofármacos. Esses radiofármacos são específicos e têm afinidades químicas de acordo com a área do corpo que se pretende observar, e mediante a utilização de equipamento de deteção específico, habitualmente sondas gama as quais permitem observar o caminho percorrido e a forma como o órgão absorve ou não o elemento radioativo e avaliar as alterações moleculares do seu funcionamento.

Exemplos de exames realizados no serviço de medicina nuclear são, Tomografia por emissão de positrons (PET/CT), Fluorescência, Bioluminescência, cintigrafias e linfocintigrafias, permitindo um diagnóstico preciso e um apoio imprescindível ao plano de tratamento a definir.

A Radioterapia, é um dos principais tratamentos utilizados na doença oncológica. O serviço de radioterapia é o serviço onde são realizados os tratamentos ao doente oncológico de acordo com o plano de tratamento definido e com a especificidade do tumor de cada doente, pode ser realizada como tratamento neoadjuvante, adjuvante, curativo ou paliativo para controlo sintomático nomeadamente da dor.

O serviço de radioterapia para além de realizar tratamentos a doentes seguidos na instituição tem também protocolo com outras instituições publicas e privadas dando resposta a doentes dessas instituições quando as mesmas não apresentam capacidade de resposta. O serviço utiliza 2 modalidades de tratamentos com radioterapia: a externa em que a fonte de emissão é externa ao doente, nomeadamente, radioterapia conformacional tridimensional de intensidade modulada (IMRT), radioterapia estereotaxia e arcoterapia (VMAT) e a braquiterapia, em que a fonte radioativa está em contacto direto ou dentro do tumor.

O apoio administrativo no centro de oncologia é efetuado por secretárias administrativas em *front office*, no atendimento direto do público e cliente que aí se dirigem e por secretária em *backoffice*, que funcionam como gestores de cliente. Uma vez

definido o diagnóstico e tratamento, o gestor de cliente funciona como elemento facilitador na ligação deste com o hospital e fica responsável pela coordenação do processo administrativo do cliente durante o seu percurso terapêutico e pelo agendamento de consultas, tratamentos e exames necessários durante esse percurso.

A equipa de enfermagem desenvolve a sua atividade, na Medicina Molecular, no Hospital de Dia de Oncologia, no Centro de Cancro da Mama, no Centro de Cancro Digestivo, no apoio à Cirurgia Oncológica e à Radioterapia. Os enfermeiros asseguram o funcionamento destas áreas nos dias úteis das 8 horas às 20 horas, mediante horários de diferentes tipologias e desfasados de forma a dar resposta às necessidades do serviço e ao período de 12 horas de funcionamento.

Nos restantes períodos, feriados e fins de semana, o doente tem disponível linha de apoio específica para oncologia. Esta linha funciona 24 horas por dia, com triagem e algoritmos específicos para doentes oncológicos, realizados por enfermeiros, sendo que após as 20 horas todas as chamadas para os telemóveis do serviço são também encaminhadas para esta linha.

O centro oncológico tem especificamente para a área do cancro da mama e para a área do cancro digestivo desde 2013, implementado o modelo de *Nurse Navigator*, e foi iniciado o mesmo modelo para a área do cancro ginecológico em Setembro de 2022. Cada uma das áreas conta com uma enfermeira inteiramente dedicada aos doentes com cancro destas áreas específicas, pretende com a sua atividade

O acompanhamento é realizado quer presencialmente em consulta de enfermagem, quer não presencial, por telefone de acordo com as necessidades do doente e do seu plano de tratamento. As consultas de enfermagem estão oficialmente instituídas com um agendamento próprio para cada uma das áreas específicas e para cada uma das enfermeiras *Navigators*.

Nas doentes em que o tratamento proposto é quimioterapia, é realizada consulta presencial pré-tratamento e *follow-up* telefónico semanalmente, sendo identificada necessidade de apoio emocional ou psicológico para a doente e/ou família é programada consulta nesse sentido ou realizado o encaminhamento para apoio psicológico.

Nos tratamentos de radioterapia são realizadas exclusivamente consultas presenciais, a primeira, pré-tratamento e depois semanalmente para controlo de efeitos secundários e reforço de ensinamentos. Nas doentes com indicação cirúrgica, é realizada

consulta de enfermagem presencial, pré-operatória e consulta presencial pós-operatória, habitualmente no dia da alta hospitalar, realizada no serviço de internamento.

Nas consultas presenciais são disponibilizadas informações referentes ao tratamento proposto, no sentido da doente, conhecer, controlar e antecipar situações, sintomatologia e efeitos secundários que possam ocorrer, são disponibilizadas informações sobre recurso e apoios disponíveis na comunidade e disponibilizados contactos do centro de oncologia, da sua *Nurse Navigator* e da linha de apoio oncologia 24 horas.

Em outras áreas de doença oncológica, outros elementos da equipa de enfermagem realizam igualmente, uma consulta de enfermagem pré-tratamento e consulta telefónica de acompanhamento.

APÊNDICE III – Reflexão Consulta de Enfermagem e Cuidados de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama

A prática reflexiva pode ser vista como um método específico de trabalho, cujo objetivo é permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática profissional e desenvolver competências para atuar efetivamente na promoção da saúde (Netto, Silva & Rua, 2018).

A aprendizagem experiencial, a reflexão sobre e na ação e as experiências de vida como ocasiões de reflexão, são expressões comuns, que traduzem uma atitude perante a formação e em particular na formação em enfermagem. Pressupõe que a compreensão de uma determinada realidade, que constitui o centro ou foco de aprendizagem é um produto do enfermeiro como observador e de que a experiência, para ser ou ter um potencial formativo, tem de ser conceptualizada e refletida (Alarcão, 2001).

A prática reflexiva é um processo multidimensional que busca analisar criticamente uma ampla gama de situações profissionais encontradas pelo profissional para que se tornem situações potenciais de aprendizagem. Isso permite uma continuação da aprendizagem, desenvolvimento e crescimento, tanto cognitiva quanto emocionalmente (Todd & Freshwater, 1999). Gameiro (2003), citando Moya & Esteban (1995) refere que uma parte essencial da prática de Enfermagem, surge da experiência, dos sentimentos e dos significados dos protagonistas do cuidado. Para Gameiro (2003), a prática de enfermagem deve contemplar o entendimento que resulta da situação encontrada e da reflexão sobre a prática, de modo a adaptá-la a uma pessoa única.

Benner (2001) refere que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, pág.14). A autora, no seu modelo de aquisição de competências, considera a experiência profissional como base do desenvolvimento de competências, afirmando também que o conhecimento prático é adquirido com a vivência de situações reais.

O estágio no Centro Oncológico, pela particularidade da prática de enfermagem associada a uma consulta de enfermagem tem permitido muitas situações de aprendizagem em virtude das diversas situações e diversas experiências vividas no decorrer de cada uma dessas consultas.

Essas situações, levam-me a refletir sobre as mesmas, sobre a comunicação e intervenções de enfermagem associadas a estas situações de forma que através desta reflexão seja possível demonstrar um desenvolvimento de competências na comunicação e na relação terapêutica com a mulher/ família com cancro da mama.

Foi escolhida a metodologia do ciclo de Gibbs como ferramenta para a construção deste exercício reflexivo. O ciclo de Gibbs é um ciclo reflexivo e de aprendizagem sistematizado em 6 etapas: descrição, sentimentos envolvidos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação, pretendendo-se a projeção do acontecimento numa situação futura (Gibbs, 2013).

Descrição da situação

A reflexão recai não numa situação específica, mas num conjunto de situações vivenciadas no contexto da consulta de enfermagem à mulher com cancro da mama realizadas no Centro Oncológico do campo de estágio A. Um dos motivos da preferência por este campo de estágio foi precisamente a possibilidade de um maior conhecimento, contacto e comunicação terapêutica com a mulher com cancro da mama nas diferentes fases da sua doença e do seu tratamento e não apenas o contexto pré-operatório do tratamento.

Esta possibilidade permitiu o acompanhamento e realização de um conjunto de consultas: as primeiras consultas pré quimioterapia e consultas de *follow-up*, *consultas de seguimento* de doentes em tratamento de radioterapia e consultas pré-operatórias.

Esta reflexão surge no seguimento não de nenhuma situação em particular, mas sim de um conjunto de situações que pelas suas características acabam por ser transversais ao percurso de doença da mulher com cancro da mama e da forma como a doença que surge de forma inesperada impacta nas suas vidas e na vida das suas famílias.

Apesar de antecipadamente saber e estar descrito a elevada prevalência e incidência do cancro da mama, uma situação que se tornou evidente desde o início do estágio foi a elevada incidência e o elevado número de mulheres jovens na consulta de enfermagem no Centro Oncológico.

Antecipadamente, tal como aparece descrito na literatura, existe uma preparação prévia do enfermeiro que realiza a consulta no sentido de consultar o processo clínico da doente e perceber situações particulares que eventualmente necessitem de maior

atenção ou intervenção, no entanto, apesar dessa preparação a consulta acaba por ser sempre um momento único de interação e comunicação entre a doente e o enfermeiro.

Muitas vezes, a consulta é realizada pouco tempo após o diagnóstico de cancro da mama, sendo repentino e inesperado muitas vezes a mulher com o diagnóstico ainda se encontra a processar essa informação e a perceber as possíveis implicações da doença na sua vida e o momento da consulta de enfermagem muitas vezes também é o momento onde podem pela primeira vez fazer uma pausa, fazer perguntas e ter respostas para algumas das suas preocupações.

Nas consultas de enfermagem realizadas a mulheres jovens e com filhos, uma preocupação sempre presente foi a necessidade ou medo de não poderem estar presentes, como seria o pretendido, na vida dos seus filhos e também a forma como os filhos vão vivenciar a doença, as alterações de imagem e o medo da própria doença.

Uma das consultas realizadas a estas mulheres envolveu uma mulher jovem de 39 anos, a Sra. F. casada, com 3 filhos, entre os 6 e os 2 anos, com diagnóstico de cancro da mama, após ter regressado a Portugal depois de alguns anos a viver no Brasil por questões profissionais. Foi consultado o processo previamente, verificado o diagnóstico de carcinoma invasivo da mama com indicação para quimioterapia adjuvante e consultadas outras informações, nomeadamente, a idade contexto familiar que acabou por de certa forma, preparar a interação e a comunicação com a doente. No decorrer da consulta, visivelmente ansiosa e apreensiva, refere que o último ano tinha sido muito stressante, por questões de saúde com a filha mais jovem, tendo inclusive obrigado a uma série de cirurgias e que após estar resolvida a situação tinham em família “decidido voltar a Portugal para finalmente conseguirem estarem mais descansados e desfrutar da vida em família” (sic). Logo após o regresso, apesar de já ter identificado um nódulo previamente, foi a uma consulta e no seguimento dessa situação chegou a diagnóstico de cancro da mama.

Segundo a própria, a situação era muito recente e ainda não tinha conseguido pensar muito em todas as implicações. Logo no início refere que “tem sido um dia de cada vez, ainda não tive tempo para pensar” (sic). Tem conhecimento da doença e do tratamento proposto, conhece alguns dos efeitos secundários do tratamento, nomeadamente a alopecia, refere que em família e com os filhos essa situação já foi abordada e que têm mecanismos de adaptação mais ou menos definidos para essa

questão. Em relação a outros efeitos secundários e outras informações acerca do tratamento manifesta-se preocupada uma vez que não tem informações suficientes.

No decorrer da consulta foram transmitidas informações importantes relacionadas com o tratamento e orientados mecanismos de adaptação para as diversas alterações possíveis, sendo inevitavelmente uma consulta com muita informação e em que é difícil, quer esclarecer todas as dúvidas quer assimilar toda a informação, foi disponibilizada informação escrita e foram apresentadas e disponibilizadas formas de contacto com a equipa de enfermagem, nomeadamente contactos telefónicos e email de forma a que sempre que necessário, haver uma presença e um acompanhamento. No decorrer a consulta foi perceptível que, esse tinha sido o primeiro momento em que à Sra. F., tinha sido possível, abordar a sua doença, o seu percurso de tratamento e as alterações que o mesmo iriam produzir e orientar mecanismos de adaptação para os mesmos. No final da consulta, a Sra. F., confia que a consulta de enfermagem e “este momento que tivemos, era mesmo o que eu precisava” (sic).

Outra consulta realizada, em termos de situação permitiu perceber que a comunicação e a interação doente/enfermeiro é realmente única e que mesmo tentando antecipar alguma informação, previamente através do processo clínico, essa preparação previa, por vezes não nos capacita para algumas questões.

A Sra. R. casada, com 37 anos e uma filha de 8 anos, no decorrer da consulta pré-tratamento de quimioterapia, manifesta a sua preocupação com a sua filha mais do que com a sua própria doença. Segundo informa existe uma situação no contexto familiar com uma tia também com cancro da mama, com ligações afetivas muito próximas da filha em que a situação do cancro da mama não evoluiu de forma favorável encontrando-se em tratamento paliativo. Manifesta preocupação na associação que inevitavelmente se faz à doença cancro e ao medo ou associação com a morte principalmente porque em família já informaram a filha do diagnóstico, tendo imediatamente a filha ter associado esse facto à doença igual à tia, à queda do cabelo e às alterações associadas aos tratamentos. Nesse contexto, em determinada altura confia que a filha lhe terá perguntado “se quando começar a cair o cabelo o pai vai deixar de gostar de ti” (sic). Esse foi um momento, muito comovedor em que foi difícil conter as emoções.

No decorrer das consultas, por vezes é necessário focarmo-nos nas necessidades efetivas da mulher à qual está a ser realizada a consulta. Nesse sentido, tendo sido

demonstrada a preocupação na gestão da informação junto da filha, foram apresentadas formas de comunicação de forma que para a filha seja perceptível que a resposta à doença é individual e uma experiência negativa não é necessariamente a regra ou o curso normal da doença. Foram apresentados recursos na instituição para apoio se necessário e apresentada também a disponibilidade de em outra oportunidade ser realizada uma consulta em conjunto com a filha.

Pensamentos e sentimentos

A realização dos estágios visa a aquisição de competências e conhecimentos que nos permitam através das múltiplas experiências profissionais encontradas, crescer a nível pessoal e profissional, capacitando-nos para uma melhor e mais capaz resposta em situações semelhantes.

Numa qualquer consulta de enfermagem a doentes oncológicos e neste contexto em particular à mulher com cancro da mama, estou e estive fora da minha zona de conforto, sujeito a um contacto muito direto com a doente que vivência a sua doença e as condicionantes da mesma, numa fase muito precoce, onde as dúvidas, receios e insegurança na relação e interação terapêutica com a doente estiveram muitas vezes presentes.

A emoção associada às situações de vida expostas causaram, por vezes dificuldades na gestão da informação, da resposta e presença que queria demonstrar, em particular a situação descrita anteriormente com a Sra. R. e a filha.

As próprias situações em que as doentes referem com alguma emoção que em casa “não podem chorar”, “têm que ser fortes”, sendo o momento da consulta aquele que acaba por ser o momento do extravasamento de todas as emoções retraídas, causaram numa fase inicial, de igual forma, um aumento da insegurança e da dificuldade de antecipar a resposta adequada à situação.

No entanto, o processo acaba por ser esse mesmo e essas situações e experiências vivenciadas acabaram por com conjunto com todas as outras contribuíram para o processo de desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação com o correspondente crescimento profissional.

Avaliação

Analisando os apelos positivos e negativos das situações, considero que foram pontos importantes de desenvolvimento de competências e estratégias enquanto enfermeiro que irá desenvolver e implementar uma consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama.

Foi muito positivo verificar os cuidados de enfermagem desenvolvidos nestas consultas de enfermagem, nomeadamente o contexto de atuação da enfermeira *Nurse Navigator* e a relação terapêutica de proximidade de apoio que se consegue estabelecer na consulta e nos contactos futuros. De igual modo, foi muito positivo observar as estratégias de comunicação desenvolvidas no sentido de centrar a nossa atuação nas necessidades evidenciadas pela mulher a quem está a ser realizada a consulta e sua família e assim conseguirmos uma intervenção mais eficiente nos medos, ansiedades e preocupações identificadas e na necessidade de informações manifestadas.

Como ponto negativo, o sentimento de vulnerabilidade face ao impacto que as emoções expressas pela doente e sua família têm nas minhas ou nossas próprias emoções e o receio de em determinado momento não conseguirmos eventualmente prestar o apoio necessário para o momento. Sendo um ponto negativo, é também um ponto de crescimento e maturação que me permitirá adquirir e desenvolver estratégias para situações futuras.

Análise da situação

O diagnóstico de cancro surge quase sempre de forma brusca e inesperada. Perante o diagnóstico, a mulher passa por crises de instabilidade, marcadas por medos, frustrações, conflitos e insegurança, esses sentimentos estão associados à perceção de uma doença incurável e à associação com a morte (Araujo & Fernandes, 2008).

A confirmação do diagnóstico de cancro irá influenciar a pessoa com cancro e a sua família por um longo período (Finley, 2018; Araujo & Fernandes, 2008), com carga significativa de depressão, mudanças na saúde física, alterações no funcionamento social e redução na qualidade de vida (Ferrell & Wittenberg, 2017).

Segundo o Registo Oncológico Nacional (2019), o número de casos de cancro da mama em mulheres com idade inferior a 45 anos foi de 1173 casos correspondendo a 13,8% dos casos registados. Esta incidência em mulheres jovens, realça o facto de que

quando a maioria das mulheres jovens é diagnosticada, as mesmas ainda estão desenvolvendo suas identidades, encontrando seu lugar no mundo, estabelecendo suas carreiras, desenvolvendo seus relacionamentos e construindo suas famílias (Chen, Parmar & Gartshore, 2014).

O cancro e o seu tratamento representam desafios únicos para os doentes com filhos menores e podem ter um impacto mais negativo sobre esses indivíduos e suas famílias, em comparação com doentes sem filhos ou com filhos adultos (Weaver et al., 2010).

Estudos realizados demonstraram que os pais com cancro relatam preocupações significativas sobre como as mudanças relacionadas com doença, nomeadamente no humor, cognição, função física e rotinas familiares podem ter afetado seus filhos (Lundquist et al, 2020).

A mulher jovem com cancro da mama, vivência múltiplas preocupações psicossociais. Entre essas preocupações estão a vida familiar, a vida profissional, a sexualidade, a imagem corporal, a fertilidade, os medos de recorrência, a toxicidade financeira dos tratamentos e a comunicação (Corey et al, 2020).

Estes medos acabam por estar bem patentes nas consultas de enfermagem, observa-se o medo e ansiedade acerca do possível impacto da doença na vida pessoal e profissional e os medo, ansiedade e dificuldade na comunicação com a família, principalmente com os filhos e também com os amigos e colegas de profissão da sua doença e do diagnóstico.

Corey et al (2020) referem que na prática clínica, uma das primeiras perguntas normalmente feitas por mulheres jovens recém-diagnosticadas é: “Como falo com meus filhos?”, um estudo qualitativo desenvolvido por Asbury et al. (2014) aborda o processo de tomada de decisão pelo qual as mulheres passam ao contar aos filhos sobre seu diagnóstico e a sua doença. Nesse processo de decisão segundo os autores, emergem dois temas: a importância de manter a normalidade e minimizar os próprios sentimentos.

De facto, estar presente para as crianças é referida como a principal prioridade para as mães jovens com cancro da mama, manter seu papel de mãe, continuando a fazer todas as coisas que faziam com os filhos antes do diagnóstico (Lundquist, 2020).

Este tema acabava por ser abordado por nós nas consultas realizadas. Uma estratégia transmitida, para que eventualmente a doença tenha um impacto menor na

criança passa por, dentro do possível e das limitações que o tratamento envolve, tentar manter a normalidade do que era a vivência da criança, isto é, tentar manter os hábitos e ou rotinas. Dessa forma a percepção da criança em relação à doença acaba por ser que a mãe apesar de doente, acaba por ainda estar presente e fazer as coisas a que ambos estavam habituados e que a criança gosta e aprecia.

O estudo de Lundquist et al (2020), descreve 2 temas que dão ênfase a estas 2 dimensões ou necessidades. Um tema denominado, “viver é mais que sobreviver”, descrevendo a vivência e experiências do dia a dia, mantendo as suas vidas o mais normal possível apesar do diagnóstico, continuando a aproveitar a vida o mais possível e o outro a que chamaram “ainda sou mãe”. As participantes expressaram que a parte mais difícil de ser uma jovem com cancro da mama era a maternidade. Ser mãe era a principal prioridade, havendo, no entanto, receio acerca do desempenho desse papel devido aos efeitos dos tratamentos e incertezas sobre o futuro (Lundquist et al, 2020).

A comunicação acaba por ser um desafio quer para a doente e família quer para os próprios profissionais de saúde. A dificuldade emocional de receber e prestar informações na doença oncológica é um fator de stress quer para a doente quer para o próprio profissional de saúde (Kaplan, 2010). A adopção de estratégias que permitam ir ao encontro às necessidades e receios da doente e família, permitindo demonstrar empatia, reconhecendo e validando os seus sentimentos poderão ser facilitadoras no sentido de estruturar intervenções e informações a realizar (Kaplan, 2010).

Compreender os sentimentos destas mulheres jovens perante um diagnóstico de cancro, com risco de vida pode informar o conteúdo das interações doente/enfermeiro. Se as doentes não se sentirem à vontade para iniciar conversas difíceis e os enfermeiros não fizerem perguntas difíceis, as necessidades dessas doentes podem não ser identificadas e atendidas. Esta capacidade possibilita estabelecer um relacionamento de confiança e relação terapêutica com as doentes durante o seu percurso da doença e tratamento (Lundquist et al, 2020).

Para Weaver et al (2010), estas doentes com filhos menores, podem ter uma maior necessidade de serviços e apoio psicossocial, de forma a possibilitar o seu ajustamento e o da sua família à doença (Weaver et al., 2010).

Estas doentes beneficiam da relação terapêutica que se consegue estabelecer na consulta. Beneficiam dos ensinamentos e do apoio emocional e psicossocial que é prestado,

bem como do encaminhamento e informação de como obter apoios específicos de acordo com as suas necessidades, contribuindo para um percurso de doença e tratamento mais informado.

Um comentário comum entre as mulheres jovens com cancro da mama é que tudo aconteceu muito rapidamente após o diagnóstico, que nem sempre conseguem as informações, apoios, orientações que desejavam e precisavam para tomar decisões informadas sobre o seu tratamento. Para Corey et al (2020), os enfermeiros podem ajudar a preencher essas lacunas. Com os seus conhecimentos e competências, podem informar e apoiar estas doentes e facilitar o caminho para o tratamento e a sobrevivência (Corey et al, 2020).

Conclusão

O contexto das consultas realizadas e o contexto do *Nurse Navigator* implícito nestas consultas e neste primeiro campo de estágio, permitiu perceber de que forma e em que medida a nossa intervenção e cuidados de enfermagem são importantes para a mulher e família na vivência da sua doença oncológica. O facto de se conseguir estabelecer uma relação terapêutica de proximidade entre o enfermeiro que realiza a consulta e a doente, acaba por ser a base dos cuidados de enfermagem que permitem identificar as reais necessidades da doente e da família em relação à sua doença e assim focarmos a nossa intervenção no apoio emocional e educativo necessário a realizar, aumentando a eficácia, a satisfação e os ganhos em saúde.

Estas experiências e vivências em consulta de enfermagem e competências adquiridas, permitiram perceber e comprovar que a doença e vivência da mesma é individual, bem como as necessidades específicas de cada doente e família, permitiram perceber que as estratégias comunicacionais têm que ser adaptadas às necessidades específicas de cada doente e que a capacidade para identificar essas necessidades e melhor intervir nas mesmas, é construída, fruto deste caminho percorrido e destas experiências profissionais vividas.

Planeamento da ação

As emoções envolvidas e a forma como a doença oncológica tem impacto na vida da doente e sua família acaba por ter impacto nas nossas próprias emoções enquanto

enfermeiro que está a realizar a consulta de enfermagem. A consciencialização desse impacto nas nossas próprias emoções acaba por preparar o nosso caminho e intervenções futuras, capacitando-nos para melhores estratégias de comunicação verbal e não verbal, que de alguma forma possam dar melhor resposta às necessidades reais da doente/ família, alvo dos cuidados.

A comunicação acaba por ser um desafio para a doente e família e para os próprios profissionais de saúde. A dificuldade emocional de receber e prestar informações na doença oncológica é um fator de stress quer para a doente quer para o próprio profissional de saúde (Kaplan, 2010).

É importante e essencial adoptar estratégias que permitam capacitar o enfermeiro para identificar e dar resposta às necessidades encontradas de forma a proporcionar o apoio necessário a todos os envolvidos. Durante a consulta é necessário o enfermeiro, valorizar a escuta ativa, com intenção e disponibilidade e as emoções expressas pela doente, procurando dessa forma identificar os medos e preocupações efetivas, estabelecer uma relação com a doente, não fugindo ao diálogo e à interação com a doente, uma vez que muitas vezes será aí que vamos encontrar as reais preocupações e medos.

Referencias bibliográficas

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referencia*, 6: 54-59.
- Araujo, I. & Fernandes, A. (2008). O significado do diagnóstico de cancer de mama para a mulher. *Esc. Anna Nerry Revista Enfermagem*, 12(4): 664-671.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. *Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chen, B., Parmar, M. & Gartshore, K. (2014). Supporting women with advanced breast cancer: The impact of altered functional status on their social roles. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 24: 194-203.
- Corey, B., Smania, M., Spotts, H. & Andersen, M. (2020). Young Women With Breast Cancer - Treatment, Care and Nursing Implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(2): 139-147. DOI: 10.1188/20.CJON.139-147.

- Ferrell, B. & Wittenberg, E. (2017). A review of family caregiving intervention trials in oncology. *CA - Cancer Journal for Clinicians*, 67: 318–325. DOI: 10.3322/caac.21396.
- Finley, J. (2018). Caregiver Café: Providing education and support to family caregivers of patients with cancer. *Clinical Journal Oncology Nursing* 22: 91–96.
- Gibbs, G. (2013). Learning by doing. Oxford Brookes University. Creative Commons.
- Kaplan M. (2010). SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4): 514-516.
- Lundquist, D. et al. (2020). I'm Still Mom: Young Mothers Living With Advanced Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 47(4): 405-414. DOI 10.1188/20.ONF.405-414.
- Netto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Esc Anna Nery* 2018;22(1):e20170309. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309.
- Registo Oncológico Nacional (2019). Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.. ed.Porto, 2022.
- Todd, G & Freshwater, D. (1999). Reflective practice and guided discovery: clinical supervision. *British Journal of Nursing*. 1999. 9(20). 1383-1389.
- Weaver, K.E., Rowland, J.H., Alfano, C.M., & McNeel, T.S. (2010). Parental cancer and the family: A population-based estimate of the number of US cancer survivors residing with their minor children. *Cancer*, 116(18): 4395–4401. DOI: 10.1002/ cncr.25368.

APÊNDICE IV – Caracterização Clínica de Atendimento Pré-Operatório

A clínica de atendimento pré-operatório tem como objetivo a melhoria da prestação de cuidados a nível do período pre operatório. De uma forma integrada pretende uma melhoria contínua deste tipo de cuidados e uma maior satisfação dos doentes e seus familiares.

A clínica de atendimento pré-operatório surge como uma resposta integrada para melhorar a experiência dos doentes no período pre operatório, melhorando o processo de preparação cirúrgica procurando garantir os melhores resultados de uma forma segura e que promova uma melhor e mais rápida recuperação.

A clínica de atendimento pré-operatório é um serviço recente que se encontra em funcionamento desde Junho de 2021, fruto de uma aposta do conselho de administração em resposta às necessidade e oportunidades identificadas.

Funciona num edifício independente do edifício principal da unidade hospitalar e integrada num Centro Hospitalar que engloba 6 unidades hospitalares, dando dessa forma resposta ao atendimento, avaliação e consultas de enfermagem pré-operatórias a todos os doentes do Centro Hospitalar.

As instalações foram totalmente restauradas a partir de um edifício já existente, possuindo todas as condições físicas e de conforto necessárias para dar resposta aos cuidados necessários e às necessidades dos doentes e suas famílias.

A clínica de atendimento pré-operatório pretende concentrar de forma integrada, o percurso e avaliação pré-operatória necessária num único local, permitindo que o doente realize os seus exames complementares de diagnóstico, avaliação pré-anestésica e consulta de enfermagem no mesmo dia, contribuindo para a segurança, qualidade dos cuidados e satisfação do doente. O doente realiza de forma sequencial análises clínicas, eletrocardiograma e RX de tórax. Após realização e disponibilização de resultados é avaliado em consulta de avaliação pré-anestésica. Ficando apto realiza a consulta de enfermagem, caso contrário se for considerado não apto realizará avaliações e exames considerados necessários, que serão agendados e marcados pelo secretariado do serviço e será agendada reavaliação em consulta de anesthesiologia.

A clínica de atendimento pré-operatório encontra-se funcionalmente integrada nas consultas externas da unidade hospitalar. Da equipa da fazem parte:

- Anestésistas, em escala rotativa de anesthesiologistas colocados em avaliação pré-anestésica de acordo com as necessidades e elementos disponíveis, podendo estar até 4 anesthesiologistas escalados e a realizar consulta simultaneamente;
- Enfermagem:
 - 1 enfermeiro chefe;
 - 1 enfermeira coordenadora da clínica de atendimento pré-operatório, com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção de Enfermagem Oncológica;
 - 2 enfermeiros de cuidados gerais;
- Assistentes operacionais: 3 assistentes operacionais;
- Técnico de diagnóstico e terapêutica: 1 por cada uma das áreas, escalados de forma rotativa de forma a assegurar a atividade assistencial do serviço;
- Assistentes técnicas: 3 que asseguram a componente administrativa de agendamentos e marcações do serviço, de acordo com as necessidades.

A consulta de enfermagem na clínica de atendimento pré-operatório, tem como objetivo promover um conjunto de intervenções de enfermagem dirigidas para o doente/família, proposta para cirurgia programada, procura individualizar e socializar o percurso pré-operatório, diminuindo a ansiedade e o stress neste período.

Estabelecendo uma relação de confiança que permita a identificação de necessidades, procura-se promover a segurança do período peri operatório, através de informação, conhecimento, capacitação e participação da pessoa no percurso, com o objetivo da otimização da experiência do processo cirúrgico, da recuperação pós cirúrgica, do bem-estar e qualidade de vida.

A consulta de enfermagem é uma consulta autónoma que recebe doentes do foro cirúrgico, propostos para cirurgia programada.

É assegurada por uma equipa de 3 enfermeiras, das quais uma é responsável pela coordenação, nos dias úteis de 2ª feira a 6ª feira, no período das 8:30 às 20:00 horas. A consulta decorre em 3 gabinetes de consulta independentes e tem o apoio de 3 assistentes operacionais e 3 assistentes técnicas que asseguram o secretariado.

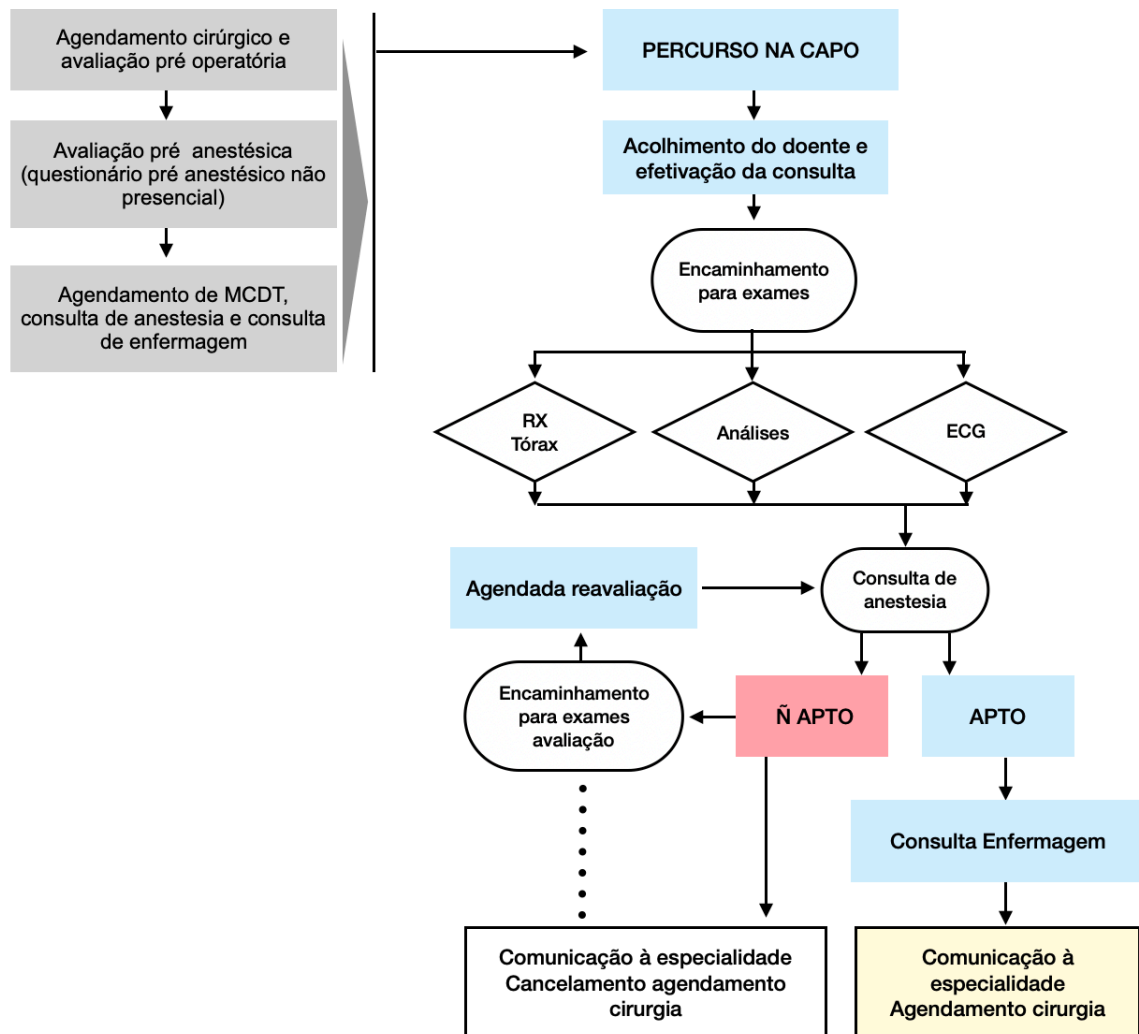
O doente é referenciado por qualquer consulta de especialidade para uma consulta de uma especialidade cirúrgica. Caso haja indicação para cirurgia, o doente é informado e dá início ao seu percurso cirúrgico. Após inscrição na lista de inscritos cirúrgicos, são solicitados meios complementares de diagnóstico e pedido agendamento e avaliação pré cirúrgica de anestesia, mediante aplicação de um questionário que tem como objetivo efetuar uma triagem prévia à consulta de anestesiologia e de enfermagem e estratificar o grau de risco do procedimento anestésico. Após essa avaliação são agendados os exames de rotina pré-operatórios, consulta de anestesiologia e consulta de enfermagem pré cirúrgica na clínica de atendimento pré-operatório.

No dia desse agendamento o doente e família é recebido no serviço por uma assistente operacional que irá auxiliar na efetivação da consulta em terminal eletrônico. Após preparação do processo de consulta e de exames por parte do secretariado, a assistente operacional irá acompanhar o doente e família, durante o seu percurso na clínica de atendimento pré-operatório, orientando o mesmo para a realização dos exames e posteriormente para as consultas de anestesiologia e de enfermagem.

A consulta de enfermagem, tem como objetivo, capacitar o doente e família para a gestão da experiência cirúrgica, fornecer suporte educativo e conhecimento de forma a prevenir complicações, promover o mais rápido regresso à normalidade do doente após cirurgia e assegurar a continuidade de cuidados no período peri operatório e após alta hospitalar.




Proporcionar suporte emocional é um elemento preponderante dos cuidados nas consultas de enfermagem. O enfermeiro procura estabelecer uma relação empática e terapêutica, incentivando a verbalização de medos e receios, identificando precocemente problemas ou questões emocionais ou psicossociais que necessitem de encaminhamento para outro elemento da equipa multidisciplinar, procurando de igual modo gerir as expectativas do doente em relação à sua doença e ao seu tratamento indo assim de encontro às suas necessidades.

Fluxograma atendimento pré-operatório



APÊNDICE V – Grelha de necessidade e intervenções de enfermagem à mulher com cancro da mama

| Necessidades da mulher com cancro da mama em período pré-operatório | Intervenções direcionadas para as necessidades apresentadas |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> conhecimento e compreensão da doença e do tratamento | <ul style="list-style-type: none"> Fornecer aconselhamento, informação e apoio (Trescher et al 2019; Brown et al 2018); Clarificar e reforçar informações (Trescher et al 2019; Brown et al 2018); Favorecer a continuidade de cuidados ao longo do tratamento (Brown et al 2018); Fornecer informação sobre o diagnóstico e opções de tratamento (Trescher et al 2019; Brown et al 2018); Informar sobre cirurgia, tempos e cuidados pre e pós-operatórios (Trescher et al 2019; Brown et al 2018; Gozzo et al 2012)); <ul style="list-style-type: none"> Informar sobre procedimento cirúrgico; Informar sobre dor e controlo da dor; Informação sobre exames complementares como linfocintigrafia; Informar sobre preparação pre operatória; Informar sobre internamento; Informar sobre cuidados pós-operatórios, manuseamento de drenos, cuidados com dispositivos cirúrgicos; Informar sobre mobilização e exercícios pós cirurgia. Promover a saúde em relação ao processo cirúrgico, cuidados pré-operatórios e pós-operatórios (Trescher et al 2019); Incluir e favorecer a presença ativa do companheiro ou família no processo e nas informações (Trescher et al 2019; Brown et al 2018); Identificar focos de maior medo ou ansiedade e incidir intervenções para minimizar os medos, ansiedade e preocupações (Trescher et al 2019). |
| <ul style="list-style-type: none"> Suporte psicológico | <ul style="list-style-type: none"> Fornecer aconselhamento, informação e apoio como forma de minimizar ansiedade medos e preocupações (Trescher et al 2019; Brown et al 2018); Clarificar e reforçar informações (Brown et al 2018); Facilitar a referência para outros profissionais de saúde (Brown et al 2018); Prestar suporte psicológico e emocional permitindo a gestão e compreensão dos sentimentos (Brown et al 2018); Responder de forma empática às emoções e reações expressadas pela mulher e família (Brown et al 2018); Incluir e favorecer a presença ativa do companheiro ou família no processo e nas informações (Trescher et al 2019; Brown et al 2018); Estabelecer relação terapêutica; Identificar focos de maior medo ou ansiedade e incidir intervenções para minimizar os medos, ansiedade e preocupações (Trescher et al 2019); Utilizar escuta ativa durante a consulta estabelecendo uma comunicação terapêutica (Trescher et al 2019); Prestar apoio emocional em relação à alteração da imagem corporal; Discutir a alteração da imagem corporal e a visualização ao espelho dessa alteração no internamento de forma a gerir emocionalmente essa alteração e encaminhar para outros profissionais de saúde se necessário |
| <ul style="list-style-type: none"> Operacionalização e sistematização da consulta de enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> Informar sobre próteses e apoios na sociedade (Brown et al 2018); Informar sobre grupos e organizações de apoio (Brown et al 2018); Apresentar dispositivos utilizados na cirurgia para ensino e promoção do autocuidado; Fornecer folhetos e guias informativos sobre a doença e tratamento cirúrgico (Trescher et al 2019; Brown et al 2018; Gozzo et al 2012)); |

-  Intervenções identificadas e referenciadas na revisão Scoping.
-  Intervenções identificadas nas consultas com mulheres com cancro da mama em período pré operatório.
-  Intervenções identificadas nas conversas informais com enfermeiras.

APÊNDICE VI – Estudo de Caso – Mulher com Cancro da Mama em consulta pré-operatória de enfermagem – Campo de Estágio B

A ordem dos enfermeiros (OE) define nas competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirurgia que, com o objetivo da melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados (OE, 2018).

O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção, prevenção, e recuperação da saúde, uma avaliação holística das necessidades do cliente realizada durante o diagnóstico e as fases de tratamento devem formar a base da avaliação e do planeamento de cuidados na trajetória da sua doença (NHS, 2011).

Para Galdeano, Rossi & Zago (2003) os estudos de casos clínicos, são os estudos aplicados na assistência direta de enfermagem, com o objetivo de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, proporcionando subsídios para a enfermagem estudar a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados. Por definição são, a exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada colheita de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações, traduzindo-se em informações relevantes no apoio à tomada de decisão (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Um estudo de caso enquanto metodologia de investigação ou trabalho, permite ter uma visão holística da doente, percebendo o seu percurso de vida e de doença, percebendo as suas necessidades e interpretações relacionadas com o seu estado de saúde de forma a focar as nossas intervenções de enfermagem nas necessidades identificadas.

As etapas do processo de enfermagem desenvolvido inerentes a este estudo de caso, bem como a descrição e análise do caso clínico serão fundamentadas através da melhor evidencia disponível através de artigos, guias e recomendações de autores e organizações na área do cuidado e assistência ao doente oncológico.

Os objetivos a atingir com a realização deste estudo de caso são:

- Analisar a compreensão da pessoa e seus familiares sobre a sua doença oncológica e efeitos secundários dos tratamentos envolvidos na sua situação;

- Demonstrar conhecimentos sobre como os fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais afetam a pessoa com doença oncológica e seus familiares;
- Explicar as abordagens ao diagnóstico e tratamento da doença oncológica;
- Aplicar o processo de enfermagem de forma sistemática, com vista a uma intervenção segura, eficaz e fundamentada à pessoa com doença oncológica.

Para o desenvolvimento das atividades em enfermagem (...) é essencial mobilizar diversos conhecimentos teóricos e práticos através de um processo bem delineado (Breda & Cerejo 2018).

O recurso a uma teoria de enfermagem permite descrever e explica os fenómenos de interesse para a enfermagem de forma sistemática, de forma a fornecer entendimento para uso nas práticas de enfermagem (Parker, 2001). Assim, para a realização deste estudo de caso o referencial teórico de enfermagem utilizado é a teoria do défice de autocuidado (TDAE) de Dorothea Orem.

O contacto com a mulher selecionada para a realização deste estudo de caso aconteceu na realização de consulta pré-operatória de enfermagem previa à realização da intervenção cirúrgica proposta.

Observando os princípios éticos, foi obtido o consentimento verbal informado e esclarecido, após informar a doente sobre a natureza, a finalidade, e objetivos do estudo e garantido o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais.

DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO E VIDA

O estudo de caso realizado tem por base a colheita de dados efetuada à Sra. E.M.S.A., género feminino, atualmente com 59 anos, nascida a 10 de Junho de 1963, natural e residente em Lisboa, Portugal, preferencialmente prefere ser tratada por Sra. E..

A operacionalização das etapas do processo de enfermagem tem como base o referencial teórico da teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem.

Dorothea Orem, considera a teoria composta por três teorias inter-relacionadas: 1) Teoria do Autocuidado; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado e 3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2002 in Queirós et al 2014). Para os mesmos autores, o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham por si próprias ou com o apoio de outros de forma a preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Tomey & Alligood, 2002 in Queirós et al 2014). A Teoria do Défice de Autocuidado, constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem. O défice de autocuidado consiste no resultado deficitário após a relação entre as capacidades de autocuidado e a necessidade de autocuidado terapêutico (Pires et al 2015).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem explica a intervenção dos enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002 in Queirós et al 2014).

Para Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um plano e intervir, mobilizando as competências do enfermeiro (Queirós et al, 2014).

Para o mesmo autor, as pessoas podem oscilar nas suas necessidades de autocuidado e nas necessidades de apoio perante as situações de transição, em que a mesma não se consegue adaptar favoravelmente.

O momento do diagnóstico e as diferentes fases do tratamento do cancro da mama, envolvem uma série de questões relacionadas com mudanças na vida das doentes. Questões de ansiedade e medos relacionados com os tratamentos, com a doença e com a autoimagem que influenciam negativamente a mulher e podem condicionar a sua capacidade para o autocuidado levando à necessidade de cuidados de enfermagem na promoção da saúde e do bem-estar através do apoio educativo.

A Sra. E., é divorciada, é professora do segundo ciclo e vive sozinha contando, no entanto, com uma rede de suporte que conta com o apoio de familiares, nomeadamente uma irmã e um irmão e amigos próximos.

Considera-se ativa e autónoma, tem como antecedentes pessoais, ansiedade e Hipertensão arterial medicada e controlada com essa medicação.

Refere gostar de fazer caminhadas, praticar algum desporto e acima de tudo “conviver com os amigos” SIC.

Como história ginecológica, refere menarca aos 12 anos, nulípara e início da menopausa aos 50 anos.

Há data do início da sua história oncológica refere como antecedentes familiares cancro da mama na irmã sem referência a outros familiares com doença oncológica.

Em setembro de 2017, por ter detetado à palpação nódulo na mama direita e apresentar ligeiro corrimento hemático, inicia uma serie de exames complementares de diagnóstico. Realizou citologia que sugeriu presença de células neoplásicas e posteriormente em virtude desse resultado foi solicitada a realização de uma galactografia e ecografia mamária relatando “padrão mamaria denso e microcalcificações grosseiras bilaterais(...) lóbulo adiposo justa centimétrico à transição dos quadrantes superiores da mama direita; não foi ecograficamente evidente extasia ducal com conteúdo luminal de suspeição”, é identificado no entanto outro ducto de terceira ordem “com aspectos que não são tranquilizadores e merecem caracterização adicional”.

No seguimento, foi realizada Ressonância Magnética com administração de gadolínio tendo identificado área de captação com nódulo com cerca de 10mm, que corresponde à localização e topografia do sistema ducal documentado na galactografia realizada. Considerado suspeito nesta ressonância magnética foi recomendada histologia do mesmo mediante realização de biopsia mamária.

Numa primeira biopsia mamária realizada, foram identificados “tecido mamaria com fibrosa do estroma” e “fragmento correspondendo a tecido fibrinogranulocitário ... sem evidencia de neoplasia”.

Não havendo concordância rádio-patológica o caso foi discutido pela equipa médica e decidido repetir microbiópsias da mama.

Nessa repetição da biopsia, de quatro fragmentos retirados, um deles evidenciou um foco de 1mm de “Carcinoma Invasivo SOE luminal, G1, ER+(100%), PR+(100%), HER2 2+, ki67 25%” com estadiamento T1N0M0.

Desde o início dos sinais de alerta em Setembro até ao efetivo diagnóstico em Março de 2018, passando por muitas incertezas e necessidades de vários meios complementares de diagnóstico, passaram 6 meses. Montgomery & McCrone (2010), apontam que o distress psicológico que as mulheres vivenciam durante o período de diagnóstico pode ser profundo, interferindo na capacidade de realizar atividades da vida

diária e receber informações e cuidados de saúde necessários (Montgomery & McCrone, 2010).

Relembrando essa fase, a Sra. E., refere que “tentou manter uma atitude positiva em relação à vida e à incerteza do problema”, “não culpo ninguém pela demora no diagnóstico, sei que foi sempre feito o melhor possível até a confirmação do cancro num dos ductos” (sic)

Em consulta multidisciplinar de decisão terapêutica em março de 2018, foi proposta para mastectomia com reconstrução e biópsia do gânglio sentinela.

O sistema TNM do *American Joint Committee on Cancer*, permite o estadiamento de todos os tipos de cancro, constituindo o fator mais importante na determinação da terapêutica e do prognóstico. O estágio clínico (cTNM) é estabelecido antes da terapêutica e determinado pelo exame físico, exames laboratoriais e imagiológicos (SPO, 2017)

Pelo estadiamento e pelo padrão histológico e imunocitoquímico do tumor, o manual de oncologia da SPO (2020) para abordagem e tratamento de cancro define que a indicação de tratamento é cirúrgico. Pelo facto de o tumor ser localizado com menos de 2 cm e pela biopsia em termos de imunohistoquímica ser favorável (tumor hormono-sensível), não houve indicação para terapêutica neoadjuvante (SPO, 2017).

Quando a indicação de tratamento é a mastectomia, a possibilidade de reconstrução mamária pode e deve ser abordada com a doente, podendo esta ser imediata ou diferida (SPO, 2017). Os mesmos autores abordam a necessidade de procurar incluir a própria doente no processo de decisão tendo em consideração o tratamento cirúrgico, com o objetivo de minimizar o impacto físico e psicológico da cirurgia e ir de encontro às suas expectativas.

A 4 de Abril de 2018 foi realizada a Mastectomia poupadora de pele, com excisão do mamilo e conservação da aureola e colocação de expansor mamário e biópsia do gânglio sentinela, tendo o resultado histológico da peça cirúrgica confirmado o diagnóstico de Carcinoma invasivo SOE, luminal B, HER2 positivo com um estadiamento pT1N0, com perfil imunocitoquímico ER+(100%), PR-(0), HER2 2+, Ki67 25%.

No tratamento do cancro é essencial uma abordagem multidisciplinar, quer no diagnóstico e estadiamento, quer na decisão sobre o melhor e mais adequado tratamento médico e cirúrgico para a doente.

Nesse sentido em nova consulta multidisciplinar de decisão terapêutica foi proposta para quimioterapia adjuvante + Trastuzumab (bloqueador HER2) 12 semanas com prosseguimento da intensificação do tratamento com trastuzumab para um total de 12 meses e hormonoterapia durante 5 anos (tamoxifeno e *switch* para anastrozol).

Segundo o manual de oncologia da SPO (2020), a opção de tratamento adjuvante para tumores pequenos, com gânglios negativos, com indicação para tratamento inicial cirúrgico e sem indicação para quimioterapia neoadjuvante é o tratamento com quimioterapia combinada com um agente anti-HER2.

A quimioterapia adjuvante constitui uma opção terapêutica no cancro da mama com receptores positivos, reduzindo o risco de recidiva e a mortalidade global e específica por cancro de mama (SPO, 2020).

A introdução dos inibidores anti-HER2 na década de 1990, permitiu melhorar significativamente os *outcomes* clínicos das doentes com tumores HER2 positivos. Antes da sua introdução e do desenvolvimento de tratamentos direcionados para este receptor, o cancro da mama HER2 positivo, representava um subtipo agressivo da doença com alto risco de recidiva e associado a pior prognóstico (SPO, 2020).

O receptor HER2 é uma proteína que desempenha um papel importante no crescimento celular do ser humano, no entanto, quando em níveis mais elevados pode ter um comportamento hostil para o corpo humano e levar à formação de um tumor. Um tumor HER2 positivo, significa que as suas células têm uma expressão superior ao normal dessa proteína e tendem a ser mais agressivos e a crescer mais rápido (SPO, 2020).

A hormonoterapia adjuvante tem benefício clínico comprovado na sobrevivência livre de doença e na sobrevivência global. A sua adição ao tratamento do cancro da mama associou-se a redução da mortalidade específica por cancro da mama, reduzindo o risco de recidiva em cerca de 40% e de morte em cerca de 30%, reduzindo adicionalmente o risco de carcinoma da mama contralateral (SPO, 2020).

Durante esta fase do tratamento manteve-se ausente do trabalho com baixa. Refere que quer a recuperação pós-operatória quer a quimioterapia decorreu sem problemas tendo apenas ligeiros sintomas relacionados com a quimioterapia, nomeadamente “cansaço, gostava muito de dar umas caminhadas mas nesta fase não me sentia capaz e muitas vezes não consegui” (SIC) e também alguns sintomas

gastrointestinais, náuseas e diarreia esporádica, que “com os ensinamentos e apoio das enfermeiras da oncologia, com alguma facilidade conseguia ultrapassar” (SIC).

Terminados os tratamentos adjuvantes, mantendo apenas a hormonoterapia com Tamoxifeno, deu início ao processo de reconstrução mamária, substituindo o expansor tecidual previamente implantado por uma prótese mamária definitiva, cirurgia esta realizada em 17 de Junho de 2021. A sra. E. descreve que foi uma altura “algo angustiante, uma vez que a primeira consulta para a cirurgia de colocação da prótese foi em fevereiro de 2020, no entanto, devido ao início da pandemia foi tudo alterado e tudo muito mais demorado...tive que esperar” (SIC).

A cirurgia decorreu sem intercorrências bem como a recuperação. Mais uma vez reforça a importância de toda a equipa no seu tratamento e na sua recuperação, reforça o tempo e disponibilidade da equipa de enfermagem no apoio emocional e sobretudo no apoio educativo prestado tendo como objetivo uma mais rápida recuperação, permitindo uma capacitação para a alta e para a autonomia dos cuidados necessários à recuperação.

O enfermeiro é o profissional que se encontra mais bem posicionado para informar o cliente através de uma linguagem adequada (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017). Intervenções pedagógicas educativas promovem um maior envolvimento do paciente no seu autocuidado e torna-os capazes de lidar com a sua condição de saúde, promovendo o *empowerment* e capacitando para protelar o aparecimento de complicações futuras (Trescher, 2020).

Em outubro de 2021 refere em consulta de seguimento, empastamento nodular na mama contralateral (mama esquerda). Exames anteriores de controlo ecografia e mamografia em 2019 estavam sem alterações, por esse motivo realizou estudo mamário com tomossíntese, sem imagens suspeitas, classificado o exame da mama esquerda com BIRADS 2.

A tomossíntese representa um avanço tecnológico da mamografia digital que permite obter, em vez de uma única imagem 2D, múltiplos planos de 1 mm de espessura da mama, contribuindo para uma imagem 3D. Apresentando uma elevada eficácia em mamas densas permite aumentar a capacidade de diagnóstico comparativamente à mamografia tradicional com menor dose de radiação e melhor qualidade de imagem e exame (SPO, 2017).

Entretanto em novembro surge na família um caso de cancro do ovário, numa prima direita que após estudo genético identifica mutação BRAC2 +. Segundo a própria nesta altura mesmo sem ter ainda realizado teste genético, pediu e discutiu a situação com a sua médica e pediu “mastectomia profilática contralateral”.

Foi identificada a mutação BRAC2 em 2 primas direitas, tendo a Sra. E. realizado também estudo genético em janeiro de 2022 que relatou: “identificou-se o gene em heterozigotia no seu ADN terminativo, variante que, neste contexto familiar, será provavelmente patogénica”.

O estudo genético é habitualmente proposto apenas quando se verifica suspeita de cancro hereditário. Entre os principais elementos que devem alertar para a possibilidade de cancro hereditário numa família, neste caso estavam os seguintes: ocorrência de casos de cancro da mama e cancro do ovário na mesma família e ocorrência de cancro da mama e outros cancros na mesma família, alguns deles diagnosticados antes dos 50 anos (SPO, 2017; SPO, 2020). Apesar de no início da história da doença oncológica da sra. E. já haver referencia a uma irmã com cancro da mama, esse motivo por si só poderia ser o suficiente para encaminhamento para estudo genético, no entanto, só quando surgiram os casos de cancro do ovário na família esse encaminhamento foi feito.

Em todo o caso, não é fácil indicar o risco de cancro da mama nos portadores de mutações genéticas, podendo a doença nunca se manifestar, por exemplo, o risco cumulativo de cancro da mama até aos 80 anos em mulheres com mutação BRAC2 é de 69% (SPO, 2017).

O IX consenso nacional de cancro da mama (2017), aborda o papel das cirurgias redutoras de risco em mulheres portadoras de mutações BRCA germinativas patogénicas, assim:

- Apesar de o risco de cancro do ovário ser inferior ao risco de cancro da mama, a inexistência atual de métodos eficazes de rastreio de cancro do ovário torna recomendável a salpingooforectomia bilateral;
- A mastectomia profilática pode ser considerada em doentes portadores de mutação germinativa patogénica BRCA. (Sociedade Portuguesa de Senologia, 2017)

Discutida a situação entre a sra. E. e a médica assistente, também porque já tinha havido essa manifestação de vontade por parte da doente, foi proposta para cirurgia

reduzora de risco com mastectomia esquerda e ooforosalingectomia bilateral em abril de 2022.

Foi no contexto da preparação pré-operatória para a cirurgia proposta que ocorreu o contacto com a sra. E. na consulta de enfermagem pré-operatória.

No dia da consulta veio acompanhada por um irmão, extremamente recetiva e cordial à abordagem, com discurso fácil, coerente e fluente, abordando com clareza a sua situação de saúde e as várias situações vivenciadas.

Aborda o impacto que o cancro da mama teve nas suas rotinas do dia a dia, considera-se uma pessoa saudável e ativa que gosta de caminhadas e do convívio com os familiares e com os amigos. Durante algumas fases do seu tratamento, nomeadamente durante a quimioterapia, refere que não conseguiu manter esses hábitos devido principalmente ao cansaço muitas vezes presente.

Durante a conversa manifestou que o seu foco foi sempre a sua recuperação, “gosto muito de viver, sempre foi o meu objetivo viver e conseguir ultrapassar esta fase com tranquilidade e confiando em todos durante o diagnóstico e o tratamento” (sic).

Reforça o impacto que a pandemia teve no prolongamento de algumas fases do seu tratamento, nomeadamente o terminar a reconstrução da mama.

Para a sra. E. apesar da confiança e esperança o medo também sempre esteve presente, o medo de complicações e o medo da recorrência do cancro da mama, motivo pelo qual sempre procurou manter a vigilância em relação a sinais e sintomas mesmo na mama contralateral.

Questionada sobre as questões da autoimagem, diz que não foram uma preocupação importante. Em relação à cirurgia teve a possibilidade de realizar a reconstrução imediata que acabou por não ter um impacto tão grande como uma mastectomia sem reconstrução, em relação à quimioterapia e à alopecia associada, diz que também tentou não atribuir grande relevância, uma vez que, acima de tudo “o foco era viver, essas questões eram consequência do tratamento e era importante ser tratada” (sic).

Abordando o tema do teste genético e do teste positivo para BRAC2, refere que recebeu a notícia com alguma tranquilidade, mesmo em família, outros elementos realizaram o teste, o “meu foi positivo, e agora cá estou para mais esta etapa”. Para a sra. E, apesar de tudo é uma situação diferente, “fiz a cirurgia por cancro da mama à esquerda

e agora acaba por ser mais uma questão de prevenção, em todo o caso tive uma experiência muito positiva em todo o meu tratamento e fico mais tranquila se eliminar este fator de risco associado a esta mutação” (SIC).

A recuperação da cirurgia e da reconstrução foi plena não apresentando qualquer limitação no que respeita a movimentos e mobilização, reforça o papel que as equipas e os enfermeiros tiveram na informação, apoio e acompanhamento realizado durante o seu tratamento.

A consulta de enfermagem pré-operatória contempla um conjunto de atividades com a finalidade *major* de conhecer o cliente e de o informar sobre todo o seu percurso cirúrgico, atendendo às suas necessidades e expectativas (Mendes, 2021). A consulta de enfermagem pretende ser o momento partilhado com a doente e família, de avaliação e transmissão de informação acerca do processo cirúrgico de acordo com as suas necessidades, pretende apoiar emocionalmente a mulher e família durante este percurso de forma a promover a melhor recuperação pós-operatória da doente e o restabelecimento do seu potencial de saúde.

De acordo com a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, não foram observadas alterações aos requisitos para o autocuidado nem desvio de saúde relevantes, a sra. E., mantém o seu potencial para desenvolver as suas atividades para o autocuidado, apresenta alguns conhecimentos para desenvolver as suas necessidades para o autocuidado, carecendo apenas de algumas orientações.

Apesar de já ter passado por um processo cirúrgico semelhante, acaba por haver sempre necessidade de reforçar e relembrar alguns dos cuidados pré-operatórios. Nesse sentido, na consulta de enfermagem realizada, foram efetuados e realizados os ensinamentos referentes à preparação pré-operatória, aos procedimentos anestésicos, ao circuito do processo cirúrgico desde a admissão no hospital até à alta, e aos cuidados pós-operatórios.

Mesmo sendo o relembrar e o reforçar de grande parte da informação que anteriormente já tinha sido transmitida a sra. E. refere, “que acaba por ser sempre importante, uma vez que algumas coisas já não nos lembramos principalmente por muitas vezes estamos focadas noutras, mas que toda a informação é importante para ficar mais tranquila e segura nesta nova etapa” (sic).

CONCLUSÃO

Queiroz (2014), defende que compreender a natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente e o impacto que essa interação tem na saúde das pessoas, ajuda a planear a prática clínica e a definir quais as intervenções que melhoram a saúde e o bem-estar das pessoas.

O papel do enfermeiro na consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama, mais do que fornecer informações sobre o processo cirúrgico e a preparação para o mesmo, deve ser a avaliação da doente de forma holística, tentando avaliar qual o impacto da doença oncológica na sua vida e nas suas expectativas e direcionar as suas intervenções no sentido de minimizar esse impacto, prestar apoio emocional e educativo de forma a capacitar a mulher para uma melhor gestão da sua doença não só no imediato mas de continuidade com impacto na sua qualidade de vida e satisfação.

Apesar da capacidade de diagnóstico e tratamento, muitas mulheres com cancro da mama sofrem de problemas físicos e psicológicos de longo prazo resultantes dos tratamentos combinados efetuados, podendo traduzir-se num efeito negativo significativo na sua qualidade de vida (Shahsavari et al, 2015). O cancro da mama pode influenciar diferentes esferas de vida da mulher (psicológica, física, social e existencial), e determinar um conjunto de consequências que, apesar de se manifestarem mais intensamente na fase inicial da doença, podem persistir muito além do fim dos tratamentos (Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

Com base na interação e avaliação na consulta realizada, na doente em particular deste estudo de caso o impacto da doença oncológica na sua vida foi pouco significativo, tendo a doente conseguido desenvolver, por si e através do apoio educativo e emocional das equipas envolvidas anteriormente, os mecanismos e estratégias de *coping* que lhe permitiram efetuar as diversas transições no seu processo de doença com o mínimo de impacto e complicações, em todo o caso é importante perceber que poderá nem sempre ser assim e ter dessa forma capacidade de identificar necessidades e possíveis problemas precocemente de forma a conseguir intervir e ter impacto na promoção da autonomia para o autocuidado.

A consulta de enfermagem é sempre um momento interativo de troca de informações e conhecimento, mesmo neste caso, em que já tinha sido percorrido todo

um percurso da doença oncológica com vários tratamentos, quimioterapia, cirurgia e reconstrução mamária. A consulta tem o potencial e a capacidade de conseguir ter um impacto positivo na doente e sua família, na diminuição da ansiedade, de medos, mas sobretudo transmitindo a sensação de apoio e presença que muitas vezes as mulheres necessitam. A realização deste estudo de caso, permitiu a aplicação de conceitos teóricos demonstrados na evidencia, permitiu um crescimento e desenvolvimento de competências de comunicação eficazes à pessoa com cancro da mama e sua família, bem como o desenvolvimento de intervenções individualizadas em colaboração com a pessoa com doença oncológica, de acordo com as suas necessidades e adaptadas à sua fase de doença.

Referências Bibliográficas

- Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20088. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14): 17-26. DOI: [org/10.12707/RIV17023](https://doi.org/10.12707/RIV17023)
- Montgomery N. & McCrone S.H. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11): 2372–2390. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2010.05439.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05439.x).
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 165-184.
- NHS (2011). Holistic Needs Assessment for people with cancer. A practical guide for healthcare professionals. consultado a 16 de Junho de 2022. <https://www.rcplondon.ac.uk/file/3041/download>.

- 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.º 135 de 16-07-2018).
- Parker, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. (1st ed.). Philadelphia: F.A. Davis company.
- Queirós P., Vidinha T. & de Almeida Filho A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3): 157-164.
- Shahsavari H., Matory P., Zare Z., Taleghani F. & Kaji MA. (2015). Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *J Edu Health Promot.*, 70(4): 1-7.
- Sociedade Portuguesa de Senologia (2017). IX Consenso Nacional de Cancro da Mama. XVII Jornadas de Senologia. Outubro 2017. Luso.
- Sociedade Portuguesa de Oncologia (2017). 100 perguntas chave no cancro da mama. (2ª edição). Permanyer Portugal.
- Sociedade Portuguesa de Oncologia (2020). Manual de Oncologia: Abordagem e tratamento do cancro da mama. Sociedade Portuguesa de Oncologia.
- Trescher G., Amante L., Da Rosa L., Girondi J., Miranda G., dos Santos M., Zuanazzi E. & Mohr H. (2020). Sistematização da consulta de enfermagem em pré-operatório às mulheres com câncer da mama. *Enfermagem Foco*, 11(5): 40-47.

APÊNDICE VII – Guia de orientação para consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama

Guia de orientação
para consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com
cancro da mama

Vítor Ribeiro

Setúbal, Dezembro de 2022

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 5 |
| 1. ATENDIMENTO DA MULHER NUMA UNIDADE DE MAMA..... | 7 |
| 2. A CONSULTA DE ENFERMAGEM | 8 |
| 2.1. A CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA À MULHER COM CANCRO DA MAMA..... | 8 |
| 2.2. ETAPAS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM | 9 |
| 2.2.1. Fase preparação da consulta de enfermagem e acolhimento da mulher e família | 10 |
| 2.2.2. Fase de colheita de dados da consulta de enfermagem..... | 10 |
| 2.2.3. Fase de planificação dos cuidados..... | 11 |
| 2.3. ACTIVIDADE E INTERVENÇÕES NA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA..... | 12 |
| 3. CONCLUSÃO | 16 |
| 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 17 |
| APÊNDICE I..... | 18 |
| Circuito da Consulta pré-operatória da mulher com cancro da mama | 18 |
| APÊNDICE II..... | 21 |
| Instrumento de colheita de dados e preparação da consulta pré-operatória..... | 21 |
| APÊNDICE III..... | 24 |
| Check-list intervenções na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória na mulher com cancro da mama | 24 |
| APÊNDICE IV | 28 |
| Folhetos informativos sobre tratamento cirúrgico do cancro da mama | 28 |

O autor não incluiu o corpo do Guia de orientação para consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama de forma a não tornar este relatório demasiado extenso

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biganzoli L., et al. (2017). Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer*, 86: 59-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2017.08.017>

Biganzoli L., et al. (2020). The requirements of a specialist breast centre. *The 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: 138-142.

Kaplan M. (2010). SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4): 514-516.

Mendes D. & Ferrito C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8): 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20216>

Neiva R., Nogueira M. & Pereira A. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 18: 1-8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN

NICE (2019). Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ng125

Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, II série (n.º 184 de 25 de Setembro de 2019), Regulamento n.º 743/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Petterson M., et al. (2014). Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27: 2904–2916. DOI: 10.1111/jocn.14312

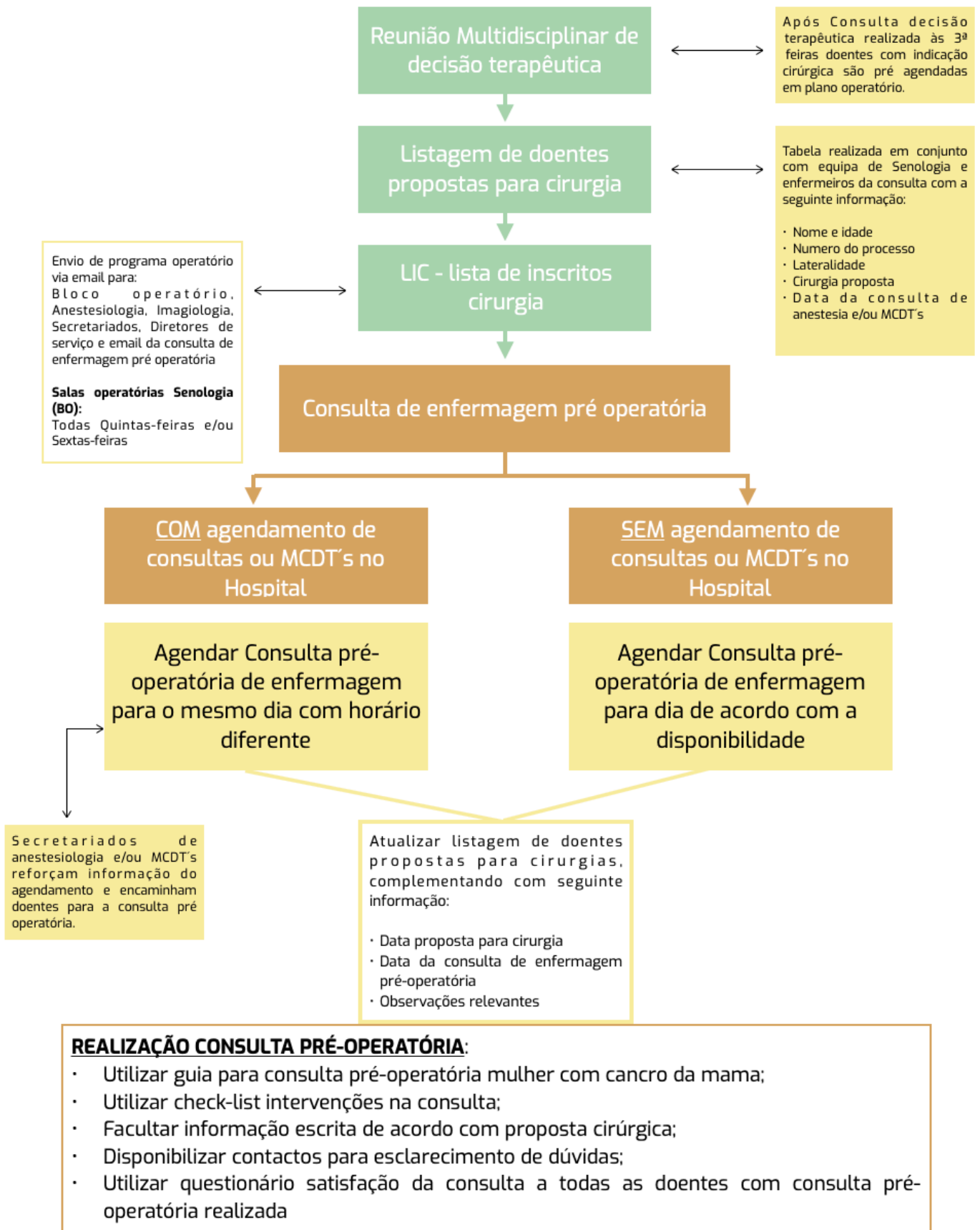
Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro. Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança. Diário Da República N.º 242/2011 - 1 Suplemento - I, Ministério da Saúde e das Finanças. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/306-a/2011/12/20/p/dre/pt/html>

Santos, M., Martins, J. & Oliveira, L. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, (3): 7-15. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>

World Health Organization (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. 2. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICE I
Circuito da Consulta pré-operatória da mulher com cancro da mama

FLUXOGRAMA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA MULHER COM CANCRO DA MAMA



APÊNDICE II
Instrumento de colheita de dados e preparação da consulta pré-operatória
à mulher com cancro da mama

**Instrumento de colheita de dados e preparação da consulta
pré operatória à mulher com cancro da mama**

Data ___/___/___ Enfermeiro(a) _____ Médico _____

Dados Socio-demográficos:

Nome _____ Idade _____ Nacionalidade _____

Nome preferido _____ Estado Civil _____ Filhos _____

Agregado familiar (com quem vive / dependentes a cargo)

Cuidador informal / pessoa significativa (nome e relação) _____

Contacto telefónico _____

Profissão _____

Situação profissional: Ativo Baixa Desempregada Reformada

Crenças e religião _____ interferem com tratamento: SIM NÃO

Dados de Saúde:

Antecedentes pessoais (co-morbilidades, alergias, antecedentes cirúrgicos e medicação atual)

Historia da doença atual Diagnóstico oncológico e estadiamento, tratamentos realizados e resultado dos mesmos, proposta cirúrgicas e queixas atuais.

Diagnóstico oncológico _____

estadiamento _____

Tratamento neoadjuvante: Não Quimioterapia Radioterapia

Queixas atuais _____

Proposta Cirúrgica _____

Avaliação do estado emocional e resposta ao diagnóstico por parte da mulher e família

Défi ce de autocuidado _____

Potencial para o autocuidado: SIM NÃO _____

Ensinos realizados e outras informações

APÊNDICE III
Check-list intervenções na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória na mulher com
cancro da mama

Check-List das atividades e intervenções na consulta de enfermagem pré-operatória

| | Intervenções | Avaliação | |
|-------------------|--|-----------|-----|
| | | Sim | Não |
| | Confirmar identidade da doente | | |
| | Apresentar-se à mulher e acompanhante e informar objetivo da consulta de enfermagem | | |
| Colheita de dados | Dados sociodemográficos | | |
| | Antecedente pessoais | | |
| | História da doença atual | | |
| | Crenças que possam condicionar o tratamento | | |
| | Estado emocional e resposta ao diagnóstico e doença por parte da mulher e família | | |
| | Défice de autocuidado <input type="checkbox"/> potencial para autocuidado <input type="checkbox"/> | | |
| | Identificar cuidador principal | | |
| | Preocupações expressas pela doente: | | |
| | | | |
| | Esclarecimento de dúvidas | | |
| Plano de cuidados | Antes da cirurgia | | |
| | • Data da cirurgia e tempo operatório | | |
| | • Consulta de anestesia, exames complementares e medicação habitual | | |
| | • Jejum pré operatório | | |
| | • Cuidados pré operatórios prevenção infecção: Higiene, roupa limpa e não utilização de cremes | | |
| | • Cuidados pré operatórios prevenção infecção: depilação da axila (não utilização de laminas) | | |
| | • Informação de forma de contacto para agendamento, internamento e admissão no serviço | | |
| | No dia da cirurgia | | |
| | • Ensino sobre o que deve e não deve trazer para o Hospital | | |
| | • Soutien recomendado pelo médico e/ou outro dispositivo | | |
| | • Esclarecimento de duvidas sobre cirurgia a realizar | | |
| | • Esclarecimento de duvidas sobre linfocintigrafia, marcação do tumor e biopsia ganglio sentinela | | |
| | Após a cirurgia | | |
| | • Ensino sobre circuito hospitalar, tempo cirúrgico, tempo de recobro, dor e escalas de dor, e utilização de meias de contenção profiláticas | | |
| | • Informação sobre primeiro levante acompanhado por enfermeiro | | |

| | Intervenções | Avaliação | |
|-------------------|--|-----------|-----|
| | | Sim | Não |
| | • Informação sobre pensos cirúrgicos e drenos | | |
| | • Ensino sobre mobilização e exercícios e movimentos que pode ou não realizar | | |
| Plano de cuidados | • Informação sobre serviço de medicina física e reabilitação e articulação com o mesmo | | |
| | Antes da alta | | |
| | • Ensino sobre possíveis sinais de alerta e complicações | | |
| | • Informação sobre reforço de ensinamentos no internamento | | |
| | • Informação sobre marcação de realização de penso e consulta de seguimento | | |
| | • Ensino sobre cuidados pós operatórios: pensos, drenos, cargas, não conduzir nas primeiras semanas, exercícios a realizar e movimentos que pode ou deve evitar realizar | | |
| | • Suporte emocional: escuta ativa, incentivo à verbalização de medos, identificação de problemas e articulação com equipa multidisciplinar | | |
| Registos | • Confirmação do entendimento das informações prestadas | | |
| | • Entrega de folhetos informativos | | |
| | • Registo no processo de enfermagem da informação colhida | | |
| | • Registo de défice de autocuidado identificado <input type="checkbox"/> | | |
| | • Registo do plano de cuidados proposto ou realizado | | |
| | • Sistema de enfermagem utilizado: Apoio educativo | | |

Data ___ / ___ / ___ Enfermeiro(a) _____ Cirurgia Proposta _____

Notas / Observações:

APÊNDICE IV
Folhetos informativos sobre tratamento cirúrgico do cancro da mama

**As minhas anotações
e dúvidas:**



**A EQUIPA ESTÁ
DISPONÍVEL PARA A
APOIAR E ESCLARECER
AS SUAS DÚVIDAS**



**Tratamento Cirúrgico
do
Cancro da Mama**



O tratamento do cancro da mama pode incluir, cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, ou outros tratamentos que podem ser utilizados isoladamente ou combinados. A decisão da melhor opção de tratamento é definida em consulta multidisciplinar, onde as várias especialidades envolvidas decidem qual o melhor tratamento para a situação clínica.

Antes da Cirurgia

- **Esclareça todas as dúvidas acerca da cirurgia, anestesia e procedimentos associados à cirurgia;**
- Cumpra as indicações transmitidas na consulta de anestesia em relação à medicação que deverá tomar ou que deverá suspender;
- Se fumar, se lhe for possível, parar 4 semanas antes da cirurgia;
- Se necessitar de depilar as axilas, **não utilize lâmina**, utilize máquina ou creme depilatório;
- Na noite da véspera da cirurgia, tome duche da forma habitual e no final utilize a esponja de clorexidina entregue - seque-se com uma toalha lavada e vista roupa lavada;

No dia do internamento deve trazer para o Hospital:

- Cartão de identificação e exames realizados no exterior e exames da mama que estejam consigo;
- Medicação que está a tomar;
- Objetos pessoais (camisa de noite ou pijama com abertura à frente, roupão, chinelos, produtos de higiene e caixa p/prótese dentária;
- *Soutien* sem aros próprio para desporto, se possível com abertura à frente

Tratamento Cirúrgico

tipos de cirurgias



Tumorectomia
Consiste na remoção parcial da mama, com a quantidade necessária de tecido com margens de segurança



Mastectomia
Consiste na remoção completa da mama, aréola e mamilo. Pode ser necessário esvaziamento axilar (mastectomia radical)



Reconstrução Mamária
Recuperação da forma natural da mama, através de substituição de volume (prótese) ou remodelação de volume, com tecido da mulher.

No dia da cirurgia

- Volte a tomar duche com a segunda esponja entregue;
- Não aplique nenhum creme ou maquilhagem.

No dia da cirurgia NÃO deve trazer para o Hospital:

- Adornos, acessórios e artigos de valor;
- Unhas com verniz/gel;
- Alimentos;
- Deverá cumprir o jejum indicado na consulta de anestesia;
- Poderá ser necessária a colocação de arpão no serviço de radiologia e/ou linfocintigrafia (realizada noutro Hospital);
- Será acolhido por um enfermeiro do serviço, que lhe apresentará o serviço e a equipa ;
- Será preparada para a cirurgia, vestirá meias para prevenção de trombos e será colocado um soro;
- Na hora indicada será encaminhada para o Bloco Operatório, onde será acolhida pelo enfermeiro de anestesia.

Cirurgia Axilar

Biópsia Ganglio Sentinela

- Identificação e remoção do ganglio axilar, permite fazer o estadiamento regional da doença e definir o tratamento.

Esvaziamento Axilar

- Remoção dos ganglios linfáticos da axila através de cirurgia com o objectivo de planejar os tratamentos e controlar a doença..

Depois da Cirurgia

- Quando acordar da cirurgia terá um penso no local da cirurgia e é provável que tenha 1 ou mais drenos (tubo de plástico ligado a um reservatório);
- A recuperação é feita na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). Só após a alta desta unidade seguirá para o seu quarto;
- É natural a sensação de sonolência durante algumas horas, motivo pelo qual o 1º levante será efetuado sempre na presença de um Enfermeiro;
- É importante informar se está desconfortável ou sem tem dor de forma a darmos resposta às suas necessidade;
- No dia da alta será marcada a data da próxima consulta e informada dos cuidados com o penso e com o dreno)

Quando regressar a casa deverá :

- Evitar esforços e movimentos bruscos;
- Cumprir analgesia e indicações fornecidas;
- Utilizar o soutien recomendado (excepto p/dormir);
- Cuidar do dreno conforme ensino realizado.

As minhas anotações
e dúvidas:



A EQUIPA ESTÁ
DISPONÍVEL PARA A
APOIAR E ESCLARECER
AS SUAS DÚVIDAS



MASTECTOMIA



Mastectomia

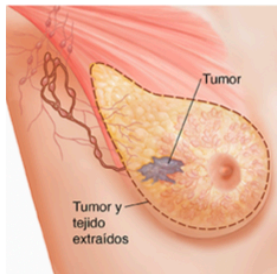
Consiste na remoção completa da mama. É realizada quando não há possibilidade de conservar a mama de forma a garantir a segurança oncológica ou por decisão da própria doente, depois de devidamente informada.

Tipos de Mastectomia

As técnicas cirúrgicas mais utilizadas são:

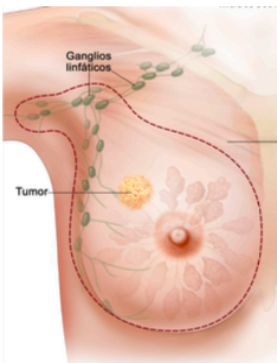
Mastectomia total ou Simples

É removida toda a mama (aréola, mamilo, pele e glândula mamária).



Mastectomia Radical Modificada

Remove toda a mama e para controlo local da doença, são retirados os gânglios linfáticos axilares, em conjunto com a mama.



As doentes submetidas a mastectomia, podem ser submetidas a cirurgia para reconstrução mamária no mesmo tempo operatório ou diferida após a conclusão dos tratamentos. O tempo ideal para reconstrução, deve ser discutido com o seu médico

A mulher submetida a mastectomia

Na mulher a mama representa um símbolo da identidade feminina, tendo um papel importante na auto imagem e autoestima.

Por este motivo, a mastectomia leva a alterações físicas com possíveis repercussões relativas à autoimagem e à autoestima.

O medo e preocupação com a cirurgia, com a alteração da imagem e com o impacto nas relações afetivas, sociais e profissionais está presente em muitas mulheres.

A resposta às alterações impostas pela mastectomia, são individualizadas para cada mulher.

Os medos e receios são difíceis de gerir, a sua verbalização e o diálogo com familiares e amigos pode desempenhar um papel fundamental.

Grupos de apoio, podem também desempenhar um papel importante no apoio e na partilha de experiências, no sentido de encontrar formas de lidar com a doença.

Grupos de apoio à mulher mastectomizada:

- Movimento Vencer e Viver -Liga Portuguesa contra o Cancro (Grupo de Apoio de Setúbal);
- Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama - APAMCM;
- Careca Power;
- Associação de Mulheres com Patologia Mamária - AMPM;
-entre outros....

Cuidados pós mastectomia

Evite temperaturas extremas e a exposição solar direta.

As atividades de vida diárias são importantes. A sua independência no autocuidado fazem parte da sua recuperação, no entanto é necessário ter alguma atenção:

- Deve manter a mobilidade em ambos os braços. Se no início o movimento for doloroso, pode ajudar com a mão do braço não operado;
- Deve evitar carregar pesos e conduzir nas primeiras 2 semanas;
- Para vestir comece pelo braço operado e só depois o outro. Para despir faça o movimento contrário.

Na preparação para a alta, será explicado o plano de exercícios para realizar em casa e será encaminhada para o serviço de Medicina Física e Reabilitação, se necessário.


Cuidados com a cicatriz:

- Deve utilizar sabão neutro e secar bem a pele, não friccionando;
- Após indicação aplique creme hidratante, pH neutro, sem álcool e massageie a cicatriz;
- Utilize uma máquina de corte em vez de creme depilatório ou lâmina para depilar a axila (pode haver alteração da sensibilidade, cortar-se ou queimar-se).

Utilize o *soutien* recomendado (sem aros e abertura à frente) e a prótese almofada entregue. Dessa forma ajuda a uma postura correta.

A dor dificulta o movimento e o relaxamento, logo, também a recuperação. Cumpra a medicação analgésica prescrita.

As minhas anotações
e dúvidas:



A EQUIPA ESTÁ
DISPONÍVEL PARA A
APOIAR E ESCLARECER
AS SUAS DÚVIDAS



TUMORECTOMIA

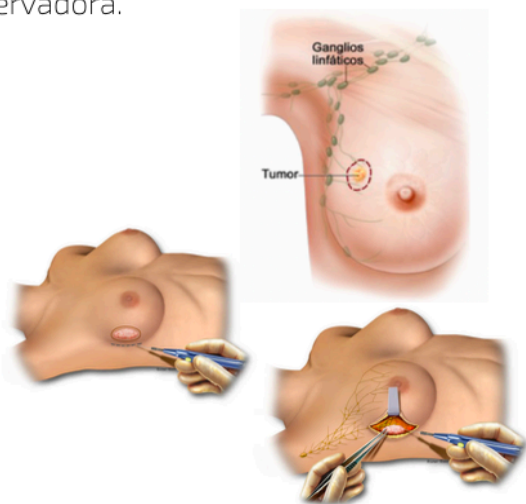


Tumorectomia ou Cirurgia Conservadora da mama

A cirurgia conservadora da mama, tumorectomia ou quadrantectomia, consiste na remoção parcial da mama que contem o tumor, com a quantidade necessária de tecido com margens de segurança.

Está indicada em carcinomas da mama em estádios iniciais, de forma a que a relação anatómica entre tamanho do tumor e volume da mama, permita um resultado com segurança oncológica e um bom resultado estético.

As condições da doente para realizar radioterapia pós cirurgia (tratamento adjuvante) é também um critério para realização de cirurgia conservadora.



A Cirurgia conservadora é planeada de modo a obter o melhor resultado estético possível, ou uma reconstrução imediata se possível.

A tumorectomia está associada à necessidade de:

- **Cirurgia axilar (Biópsia do Ganglio Sentinela e/ou esvaziamento gânglionar axilar);**
- **Marcação prévia com arpão (fio metálico, introduzido através de uma agulha fina, que se fixa no local desejado e serve de guia durante a cirurgia).**

Marcação com arpão

- Lesões pequenas devem ser marcadas previamente com arpão;
- Colocado no dia da cirurgia (ou na véspera), no serviço de imagiologia com apoio de ecografia ou mamografia (semelhante à biópsia mamária);
- Não necessita de jejum para a sua colocação;
- Fica com um pequeno penso protetor para melhor conforto e segurança;
- Permite após a excisão, confirmar por Rx e exame durante a cirurgia (exame extemporâneo), realizado no serviço de Anatomia Patológica a excisão do tumor com margens de segurança.



NO DIA DA CIRURGIA IMPORTANTE NÃO ESQUECER!

- Cumprir as recomendações da consulta de anestesia (jejum, toma e/ou suspensão de medicação;
- Cumprir as recomendações de preparação pré operatória (higiene, retirar verniz, remover jóias e adornos, ...)

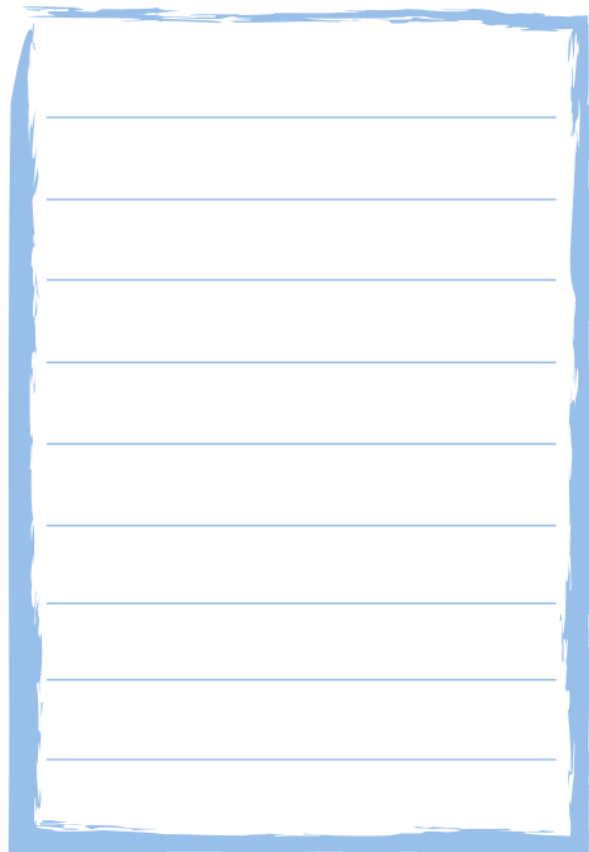
Após a tumorectomia pode acontecer

- Alterações de sensibilidade da mama;
- Alteração do tamanho e forma da mama;
- Hematoma e infeção do local cirúrgico.

IMPORTANTE

- Mobilizar os membros de acordo com as indicações transmitidas;
- Não mobilize cargas nem conduza nas primeiras 2 semanas;
- Cumprir medicação analgésica prescrita nos intervalos indicados;
- Utilizar *soutien* sem aros, tipo desportivo, se possível com abertura à frente (segundo indicação médica).

As minhas anotações
e dúvidas:



**A EQUIPA ESTÁ
DISPONÍVEL PARA A
APOIAR E ESCLARECER
AS SUAS DÚVIDAS**



**BIÓPSIA GÂNGLIO
SENTINELA**



Biópsia do Ganglio sentinela

O que é?

A biópsia de gânglio sentinela é o procedimento *standard* nas doentes com exame axilar negativo, à palpação e ecografia axilar. É uma intervenção com elevada sensibilidade, permitindo evitar as complicações associadas ao esvaziamento axilar.

A biópsia do gânglio sentinela no momento da cirurgia, é efetuada a um elevado número de mulheres com cancro da mama.

Este procedimento permite fazer o estadiamento local da doença. Uma vez que as células malignas podem percorrer os vasos linfáticos, o gânglio sentinela será o primeiro gânglio a captá-las.

A biópsia e avaliação durante a operação desse gânglio, vai permitir avaliar se o mesmo é positivo ou negativo em relação a células malignas, embora não seja ainda, um resultado definitivo

Se estiver negativo, não é necessário efetuar esvaziamento axilar.

Se estiver positivo, há necessidade de retirar todos os gânglios axilares (esvaziamento axilar).

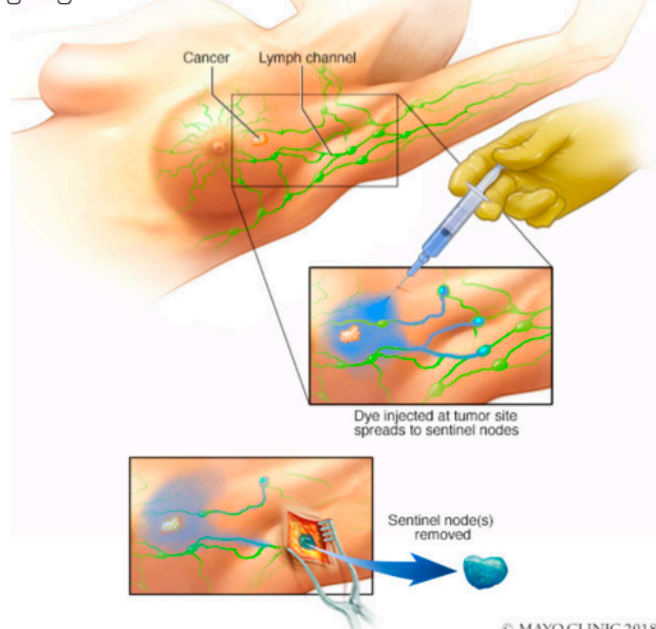
Em conjunto com o exame da peça cirúrgica, permite mais tarde definir o seguimento do tratamento.

Como se faz?

A biópsia do gânglio sentinela é feita durante a cirurgia, com anestesia geral.

É realizada segundo técnica de marcação dupla ou simples, com linfocintigrafia e/ou utilização de um corante injectado localmente na mama após a anestesia e detetado com uma sonda específica.

A linfocintigrafia é realizada normalmente no dia anterior à cirurgia, não necessita de jejum e é realizada noutra Hospital. Consiste na injeção local de uma pequena quantidade de um radiofármaco que irá permitir identificar o gânglio e a drenagem linfática. Já na cirurgia com uma sonda específica, é possível identificar e retirar o gânglio sentinela.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

© MAYO CLINIC 2018

Após a cirurgia

- A utilização do corante para mapear a drenagem linfática pode deixar uma coloração azul na pele, que irá desaparecer;
- Pela mesma razão a urina poderá ficar temporariamente com um tom verde;
- O local da excisão do gânglio pode ficar doloroso e dificultar a mobilidade, pelo que deverão ser evitados movimentos de grande amplitude, do lado do membro operado;
- Poderá haver uma alteração da sensibilidade no local e na região circundante, que são temporárias.

Importante

- Cumprir a medicação analgésica prescrita nos intervalos indicados. A colocação local indireta de gelo por períodos de 15 minutos pode diminuir o desconforto, sendo eficaz nos primeiros 2/3 dias;
- Estar alerta a hematomas e sinais de infeção do local cirúrgico (vermelhidão, dor e febre);
- Utilizar *soutien* sem aro, elástico, tipo desportivo (segundo indicação médica);
- Para fazer a depilação da axila, opte por máquina de corte em vez de lâmina, creme depilatório ou cera e evite a zona da cicatriz.

As minhas anotações
e dúvidas:



**INFORME O SEU MÉDICO OU ENFERMEIRO SE
DETETAR:**

- Inchaço (edema) no braço, mãos, dedos do membro em risco
- Dor ou desconforto
- Rubor (vermelhidão) ou calor no membro em risco

A EQUIPA ESTÁ
DISPONÍVEL PARA A
APOIAR E ESCLARECER
AS SUAS DÚVIDAS



ESVAZIAMENTO
AXILAR



Esvaziamento axilar

O que é?

O esvaziamento axilar é a remoção através de cirurgia, dos gânglios linfáticos da axila.

Tem como objetivo:

- Estadiar e planejar os tratamentos mediante análise dos gânglios removidos;
- controlar a doença localmente.



Quando é realizado?

Esta cirurgia é realizada quando o exame axilar prévio à cirurgia é positivo (antecipadamente há informação que os gânglios têm células malignas) ou quando a biópsia do gânglio sentinela é positivo.

Possíveis complicações:

- Linfedema (braço do lado operado inchado);
- Hematoma, seroma (acumulação de líquido na axila) e risco de infecção no braço;
- Diminuição e alteração da sensibilidade da axila e braço;
- Contratura cicatricial, com compromisso da mobilidade do membro superior.

linfedema

O linfedema é a acumulação de líquido nos tecidos em consequência da lesão do sistema linfático, pode ocorrer após cirurgia ou tratamento com radioterapia.

Pode ocorrer pouco tempo após a cirurgia ou pode ocorrer anos mais tarde.

Para reduzir o risco de linfedema:

- Evite utilizar roupas apertadas, relógios, pulseiras ou outros objetos que possam dificultar a circulação do membro do lado operado;
- Evite dormir para o lado do membro do lado operado (pode utilizar a almofada fornecida no internamento para maior conforto);
- Evite esforços com o membro do lado operado (carregar pesos, empurrar, puxar e utilizar mala desse lado);
- Realize as tarefas diárias de forma repartida e por curtos períodos de tempo.

Evite utilizar o membro do lado operado para alguns procedimentos médicos como; análises sanguíneas, injeções, medicação endovenosa e avaliação da tensão arterial.

Existe forte evidência de aumento do risco de linfedema associada ao excesso de peso.

Para prevenir a infecção:

- Mantenha a pele sempre limpa;
- Utilize diariamente creme hidratante indicado para evitar pele seca;
- Modere a exposição solar e utilize sempre protetor solar;
- Numa fase inicial, para fazer a depilação da axila, opte por máquina de corte em vez de lâmina. Mais tarde poderá utilizar creme depilatório mas deve sempre evitar lâmina ou cera;
- Utilize luvas para cozinhar e para atividades de jardinagem;
- Utilize repelente de insectos para evitar picadas;
- Evite lesões e cortes ao arranjar unhas e cutículas.

Evite qualquer traumatismo no membro em risco, se acontecer desinfete de imediato.

Atividades e exercício

- Realize diariamente os exercícios recomendados pelo fisioterapeuta e pelo enfermeiro;
- Utilize ambos os membros superiores de forma normal nas suas atividades;
- Eleve o membro com uma almofada, braço da cadeira ou sofá quando estiver em repouso ou sentada (pode utilizar a almofada fornecida no internamento para maior conforto);
- Modere e faça intervalos em atividades repetitivas como: escrita, computador, tricot ou outras;
- Não conduza nas primeiras 2 semanas.

APÊNDICE VIII – Questionário de satisfação com consulta de enfermagem pré-operatória

A equipa de enfermagem que realiza a consulta pré-operatória na mulher com cancro da mama, pretende conhecer a opinião dos clientes em relação à satisfação e cuidados prestados na consulta de enfermagem. Nesse sentido, pedimos que responda de forma anónima ao seguinte questionário, agradecendo desde já a sua opinião e o tempo despendido.

Para cada uma das questões assinale com um X no campo que melhor corresponde à sua opinião.

- O espaço e a privacidade proporcionada durante a consulta de enfermagem

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- Os ensinamentos e esclarecimentos efetuados sobre a preparação pré-operatória foram importantes, ajudaram e prepararam-me para esta etapa

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- Os ensinamentos e esclarecimentos efetuados sobre o período cirúrgico, percurso no hospital e internamento foram importantes e ajudaram e prepararam-me para esta etapa

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- Os ensinamentos e esclarecimentos efetuados sobre os cuidados pós-operatórios e possíveis complicações foram importantes, ajudaram e prepararam-me para esta etapa

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- Em relação à disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro durante a consulta

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- O momento da consulta foi oportuno em relação ao tratamento proposto

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- A consulta permitiu-me expor as minhas preocupações

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- Apoio e esclarecimento (senti-me apoiada e esclarecida)

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- A documentação escrita completa a informação oral transmitida na consulta de enfermagem

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

- A consulta permitiu-me sentir mais segura e preparada para a cirurgia e para os cuidados pós cirurgia.

| Muito insatisfeito | Insatisfeito | Não sabe, Não responde | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------|--------------|------------------------|------------|------------------|
| | | | | |

Por favor, deixe o seu comentário ou sugestão:

Muito obrigado

APÊNDICE IX – Análise reflexiva do questionário de satisfação com consulta de enfermagem pré-operatória

Esta reflexão tem por base o questionário de satisfação elaborado e entregue no campo de estágio C, correspondendo ao campo de estágio da instituição onde presto cuidados e onde foi implementada a consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama.

A aplicação deste questionário de satisfação era uma das atividades previstas para este campo de estágio, o foco de aplicação do mesmo foi avaliar a percepção, vivência e conhecimento adquirido através das intervenções de enfermagem realizadas na consulta e de que forma as mesmas podem ou não ter um impacto no seu percurso de doença, no seu tratamento e na sua satisfação em relação aos cuidados de enfermagem e à consulta.

Donabedian (2003) entende que, qualidade em saúde é alcançada como o produto entre a ciência e tecnologia dos cuidados de saúde e a aplicação dessa mesma ciência e tecnologia nos cuidados de saúde real. Define que esse produto pode ser caracterizados por uma série de atributos nomeadamente, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Sendo um objetivo da implementação da consulta de enfermagem pré-operatória na instituição onde exerço funções, a melhoria dos cuidados de saúde prestados, demonstrar a efetividade da mesma enquanto componentes da prestação de cuidados acaba por ser um componente importante do projeto.

Donabedian (2003) define efetividade como o nível em que as melhorias em saúde são de facto atingidas. O mesmo autor ao abordar a temática da relação doente/profissional de saúde fala sobre uma série de atributos que contribuem para a satisfação do doente. Muitos desses atributos incorporam os princípios e valores que a relação terapêutica com o doente deve ser em termos de consulta de enfermagem. Donabedian resume que, preocupação pessoal, empatia, respeito, evitar condescendência, disposição para dedicar tempo, esforço para explicar, atenção às preferências do paciente, honestidade, veracidade e boas maneiras, são ingredientes essenciais para um bom atendimento. Considera que quando tais atributos estão

presentes, os doentes ficam não apenas satisfeitos, mas também tranquilizados (Donabedian, 2003).

O questionário aplicado teve como objetivo avaliar a satisfação das doentes a quem foi realizada a consulta de enfermagem, no que diz respeito a dimensões como o espaço físico e privacidade da mesma, informação transmitida, *timing* de realização da consulta em relação ao tratamento cirúrgico e relação/interação estabelecida entre doente/enfermeiro durante a consulta de enfermagem. Em associação aos temas do questionário, foi associado um campo de resposta aberta para sugestões e/ou comentários relevantes acerca da consulta de enfermagem.

De entre as dimensões referidas forma construídos 10 temas:

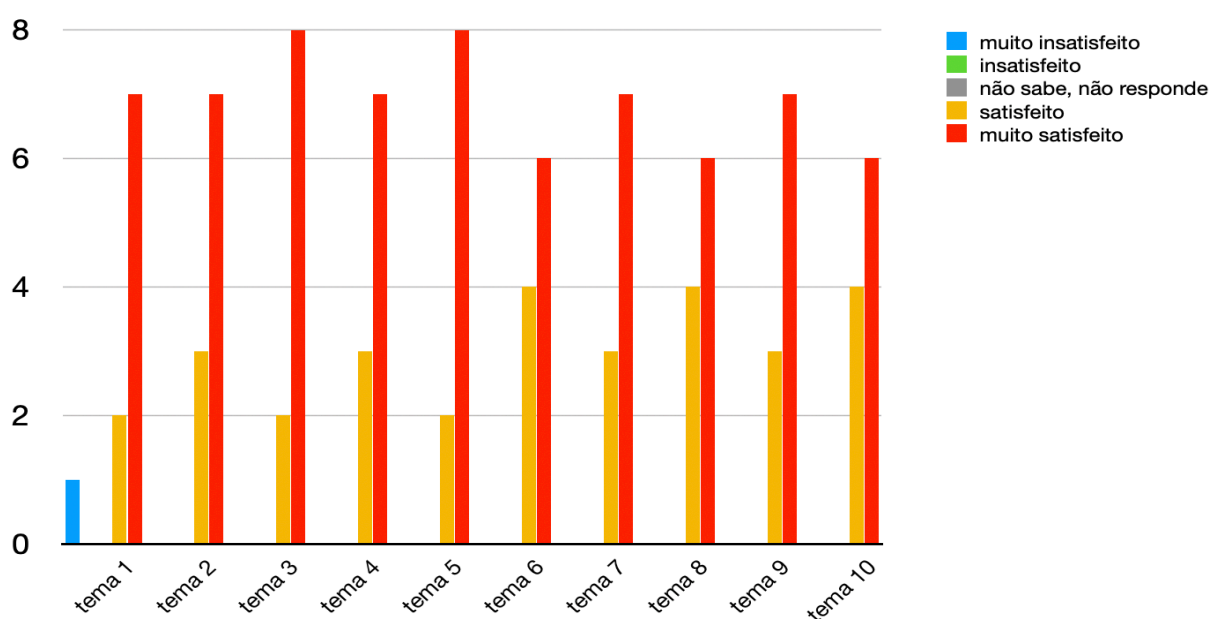
- O espaço e a privacidade proporcionada durante a consulta de enfermagem
- Os ensinamentos e esclarecimentos efetuados sobre a preparação pré-operatória foram importantes, ajudaram e prepararam-me para esta etapa
- Os ensinamentos e esclarecimentos efetuados sobre o período cirúrgico, percurso no hospital e internamento foram importante e ajudaram e prepararam-me para esta etapa
- Os ensinamentos e esclarecimentos efetuados sobre os cuidados pós-operatórios e possíveis complicações foram importante e ajudaram e prepararam-me para esta etapa
- Em relação à disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro durante a consulta
- O momento da consulta foi oportuno em relação ao tratamento proposto
- A consulta permitiu-me expor as minhas preocupações
- Apoio e esclarecimento (senti-me apoiada e esclarecida)
- A documentação escrita completa a informação oral transmitida na consulta de enfermagem

- A consulta permitiu-me sentir mais segura e preparada para a cirurgia e para os cuidados pós cirurgia

Foi utilizada uma escala ordenada para orientar as respostas variando da opção “muito insatisfeito” até a opção “muito satisfeito”.

Foram obtidos 10 questionários na totalidade das consultas de enfermagem pré-operatórias realizadas.

Os resultados dos questionários obtidos encontram-se expostos no gráfico abaixo.



No tema 1 - “O espaço e a privacidade proporcionada durante a consulta de enfermagem”, apesar da grande maioria ter assinalado a opção “muito satisfeito”, salienta-se uma resposta em que foi identificada a opção “muito insatisfeito”. Efetivamente pretende-se preparar previamente o gabinete onde será efetuada a consulta de forma a assegurar o seu conforto e privacidade, garantido de igual forma que durante a realização da mesma não ocorram interrupções, nomeadamente chamadas telefónicas e/ou entradas no gabinete que comprometam esse objetivo. No entanto, a sala disponível no serviço para a realização das consultas é de igual forma uma sala de trabalho e uma sala onde são realizadas consultas em outro âmbito, obrigando a que algum stock de dispositivos seja também aí armazenado.

A resposta negativa neste tema poderá ter a ver precisamente com uma interrupção nesse sentido, mesmo tentando assegurar a não interrupção por vezes não é de todo possível. Sendo um aspeto negativo será sem dúvida algo a tentar melhorar.

Os temas 2, 3 e 4 pretendiam avaliar os ensinamentos prestados na consulta e em que medida haveria uma tradução dessa informação na diminuição de medos, ansiedades e receios associados ao processo cirúrgico.

Nos 3 temas as respostas variaram entre o muito satisfeito e o satisfeito, tendo a maioria selecionado a opção muito satisfeito (percentagem de respostas muito satisfeito: tema 2 - 70%; tema 3 - 80% e tema 4 - 70%)

Segundo Shahsavari (2015), as doentes com cancro da mama dependem dos prestadores de cuidados para receberem informação necessária acerca da sua doença e sobre o controlo da mesma.

O desconhecimento do procedimento cirúrgico é, provavelmente, um dos fatores que gera maior insegurança nas mulheres, por implicar mudanças no estilo de vida e ameaça para sua integridade, sentimentos como o medo, a apreensão e preocupação estão presentes nos momentos que antecedem a cirurgia evidenciando precisamente para a falta de informação e esclarecimento referentes à doença e ao tratamento. Esses sentimentos devem ser trabalhados no pré-operatório, em especial pela equipe de enfermagem, uma vez que esta se encontra diretamente ligada à paciente (Alves et al, 2011).

Para Trescher et al (2019), as informações e ações educativas realizadas pelo enfermeiro na consulta de Enfermagem são fundamentais para a promoção da qualidade de vida da mulher com cancro de mama, por fornecer apoio e educação e por favorecer a transição no processo de doença, tratamento e autocuidado.

O tema 6 - "O momento da consulta foi oportuno em relação ao tratamento proposto", pretendia avaliar precisamente se o momento em que a consulta era realizada em relação ao momento efetivo da cirurgia era oportuno. Em termos de projeto acaba por ser importante no sentido de que, a implementação da consulta obrigou a que algumas consultas não fossem realizadas exatamente no momento planeado para a mesma que seria aproximadamente 1 semana antes a cirurgia.

Face aos resultados identificados nos questionários, 8 respostas com muito satisfeito e 2 respostas com satisfeito, e associando as respostas dos temas abordados anteriormente, parece evidenciar que a intervenção de enfermagem realizadas acabam por ter sempre um impacto positivo na informação, diminuição de ansiedade e esclarecimento de dúvidas e ansiedade. Esse impacto foi evidente por exemplo numa das consultas realizadas, que ocorreu já com a doente instalada no seu quarto. Durante a realização da mesma foi perceptível que havia muitas lacunas de informação que acabaram por ser eliminadas contribuindo para um maior conforto da doente relativamente ao seu percurso cirúrgico.

Segundo Trescher et al (2020) através da consulta de enfermagem é possível criar uma relação interpessoal e identificar fragilidades e possibilidades para o tratamento a ser seguido. Discutindo as intervenções de enfermagem com a doente como estratégia de desenvolvimento da autonomia, direcionando para o autocuidado.

Alves et al (2011), observaram que as doentes desejavam compartilhar com as enfermeiras as suas dúvidas, as suas tristezas, as suas inseguranças e também suas angústias. E, nesse compartilhar, esperavam receber o suporte necessário para enfrentar a sua nova condição.

Trescher et al (2019) afirmam que o acolhimento, a escuta ativa e a comunicação contribuem para o reconhecimento do momento vivenciado pelas mulheres e seus familiares, justificando a utilização de uma comunicação terapêutica de forma sistemática na consulta e melhor planeamento das ações e cuidados de enfermagem.

Os temas 5, 7 e 8 dizem respeito essencialmente a esta vertente da interação da mulher e família com o enfermeiro que realiza a consulta, os resultados apontam para uma maioria das respostas com muito satisfeito sendo o menor resultado com 60% das respostas no tema "Apoio e esclarecimento (senti-me apoiada e esclarecida)", tendo os restantes 2 temas obtido 80% e 70% das respostas como muito satisfeito e as restantes com satisfeito.

O tema 9, diz respeito ao complemento da informação oral transmitida durante a consulta, com material informativo nomeadamente folhetos ou outros.

A evidencia aponta precisamente essa necessidade de recursos escritos para apoio informativo. Segundo Dawe et al (2014), várias mulheres referem a importância de

quando recebem informações, identificando que receber informações pouco antes da cirurgia pode ser angustiante. As mulheres indicaram, não conseguirem concentrar-se no que estava a ser transmitido, não conseguindo assimilar a informação, esquecendo-se rapidamente (Dawe et al, 2014; Trescher et al, 2020).

Para Trescher et al (2020), um folheto ou material escrito, propicia que as doentes se sintam mais acolhidas e tenham acesso a um registo escrito das informações, sendo esse material escrito uma fonte de orientação até mesmo para os momentos em que o enfermeiro não esteja presente para orientar.

Neste campo em particular foi decidido ainda antes do início da implementação do projeto a construção de 5 folhetos individuais com informação a disponibilizar à mulher e família. Esses folhetos individuais, para além de conterem a informação de apoio considerada necessária e compilada da evidencia disponível permitiu também uma individualização da informação a disponibilizar à mulher de acordo com as suas necessidades e com a cirurgia proposta.

Acabaram por evidenciar-se como um contributo necessário e importante, sendo traduzido em termos de respostas neste questionário em 70% das respostas como muito satisfeito em relação à hipótese “A documentação escrita completa a informação oral transmitida na consulta de enfermagem” e 30% de respostas, satisfeito.

O último tema, “A consulta permitiu-me sentir mais segura e preparada para a cirurgia e para os cuidados pós cirurgia”, assenta nas dúvidas e incertezas relacionadas com a recuperação e com o período pós-operatório.

Para Trescher et al (2019), o período pós-operatório assume-se como uma fase com um peso diferenciado e importante devido às incertezas que representa. Neste período, a mulher já passou pelo procedimento cirúrgico, necessita recuperar da cirurgia e aprender a viver com a sua nova condição. Nesta fase assumem-se uma serie de questões psicológicas e emocionais, que variam desde a preocupação com a recorrência da doença, até questões de ordem plástica, como a cirurgia de reconstrução da mama e o retorno a uma vida saudável. Para os mesmos autores, compreende-se, nesse sentido que, quanto mais informada essa mulher estiver, melhor qualidade de vida, capacidade de encarar as dificuldades e capacidade para a tomada de decisão e para o autocuidado ela terá (Trescher et al, 2019).

A cirurgia é sempre um momento crítico e temido por todos os doentes. As dúvidas com os cuidados pós-operatórios e com a recuperação são muitas vezes manifestadas e estão presentes nas perguntas das mulheres e famílias. O papel do enfermeiro é precisamente o que é referido pelas autoras referenciadas: informar e capacitar através do apoio educativo necessário, a mulher e a sua família para o autocuidado promovendo uma rápida recuperação, sem complicações e o mais rápido restabelecimento do seu potencial de saúde.

Neste tema em particular, as respostas obtidas foram positivas, com 60% delas com muito satisfeito e 40% de respostas satisfeito.

Para finalizar, no que respeita ao campo de resposta aberta, transcrevo alguns comentários considerados relevantes no âmbito da consulta de enfermagem e das intervenções de enfermagem realizadas:

- *“O Enf.º Vítor e a Enf.ª Joana foram de uma extrema importância. Durante esta consulta senti-me muito aliviada. O Enf.º Vítor foi de uma simpatia e profissionalismo incrível que fez deste processo mais fácil”*
- *“Acho importante toda a informação que foi transmitida, antes e após a cirurgia”*
- 1. *“Agradeço muito todo o apoio que me foi dado, antes, durante e após a cirurgia. Em relação à consulta de enfermagem, acho extremamente importante, pois no meu caso serviu para tirar algumas dúvidas que existiam.”*
- *“Tudo o que ajude a tranquilizar e a esclarecer será sempre uma mais-valia. É desta forma que tudo se auxilia e entre ajuda. Ir em paz para uma cirurgia.”*

CONCLUSÃO

Uma consulta pré-operatória de enfermagem reduz a ansiedade e oferece uma oportunidade de educação e aconselhamento, permitindo que as doentes e suas famílias sejam informados, apoiados emocionalmente e fiquem assim mais confiantes na sua recuperação (Brown, 2018).

Um dos objetivos estabelecidos na construção do projeto de implementação da consulta foi a promoção de um percurso de cuidados e tratamentos informado e esclarecido, orientado para a partilha na tomada de decisão e para uma readaptação funcional pós cirurgia, com maior grau de independência, de capacitação e conhecimento acerca da doença e do tratamento. Nesse sentido, fez-me sentido tentar perceber e avaliar de que forma as intervenções propostas poderiam ter o impacto desejado na mulher e família a quem era realizado a consulta.

O questionário de satisfação parece estabelecer essa relação e demonstrar quer a necessidade de informação e apoio, quer a necessidade de uma consulta de enfermagem.

A realização das consultas permitiu perceber que efetivamente, mais que o momento ou consulta propriamente dita, a possibilidade de falar abertamente, expressar as suas dúvidas, medos e receios e poder obter informação em linguagem acessível e direcionada para as necessidades expressas, tem um impacto positivo na diminuição da ansiedade e no aumento da satisfação da mulher com cancro da mama e sua família.

De igual forma a construção dos folhetos, para além de gratificante em termos profissionais demonstrou um impacto positivo na informação da mulher, uma vez que, realmente a informação é muita, de forma a direcionar a nossa intervenção para as suas necessidades. Por vezes pode haver determinados pontos que não são abordados ou são menos explorados e os folhetos acabam por ser o método informativo e de apoio quando não estamos presentes.

Referências bibliográficas

- Brown J., Gay Refeld G. & Cooper A. (2018). Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 45 (3): 389-398.
- Donnabedian A. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care [Uma introdução à garantia de qualidade nos cuidados de saúde]. Oxford University Press.
- Shahsavari H., Matory P., Zare Z., Taleghani F. & Kaji MA. (2015). Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *J Edu Health Promot.*, 70(4): 1-7.

- Alves, P., Barbosa, I., Caetano, J. & Fernandes, A. (2011). Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Revista Brasileira Enfermagem*, 64(4): 732-737.
- Trescher G., Amante L., Da Rosa L., Girondi J., Miranda G., Dos Santos M., Zuanazzi E. & Mohr H. (2020). Sistematização da consulta de enfermagem em pré-operatório às mulheres com câncer da mama. *Enfermagem Foco*, 11(5): 40-47.
- Trescher G., Amante L., da Rosa L., Girondi J., Varela A., Oro J., Rolim J. & dos Santos J. (2019). Necessidades das mulheres com cancro da mama no período pré-operatório. *Journal Nursing UFPE online*, 13(5): 1288-1294.

APÊNDICE X – Análise SWOT

