



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Satisfação do Cliente
com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral,
na Promoção do Autocuidado**

Isabel Maria Brito Pão Alvo

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Satisfação do Cliente
com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral,
na Promoção do Autocuidado**

Isabel Maria Brito Pão Alvo



Orientadora: Professora Mestre Maria da Graça Silva Quaresma



**Lisboa
2022**

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão
uma gota de água no mar. Mas o mar seria
menos se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Graça Quaresma, Teresa Potra e Pedro Lucas, pela transmissão de conhecimentos e por não desistirem de mim com perseverança até ao último momento.

Às mulheres que aceitaram partilhar as suas vivências, relembrando um período sensível e delicado das suas vidas.

O incentivo, colaboração e disponibilidade de amigos e colegas de trabalho, provavelmente ainda mais significativo do que eu possa imaginar.

À Sandra Saias, pelo apoio incondicional, paciência e amizade.

Os afetos, compreensão e tolerância da família.

Muito Grata

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EPE – Empresa Pública Empresarial

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPOFG – Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Dr. Francisco Gentil

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RON – Registo Oncológico Nacional

WHO - World Health Organization

RESUMO

A satisfação do cliente, considerada por Karaca & Durna (2019) como o mais importante preditor da satisfação geral com os cuidados hospitalares e uma meta importante de qualquer organização de saúde, na garantia da qualidade, tornou-se significativa na tomada de decisão do presente estudo. A visão contemporânea da enfermagem integra um conjunto de intervenções centrando-se nesta especificidade, a promoção do autocuidado. De acordo com Regulamento (2018), o enfermeiro gestor tem a responsabilidade de desenvolver um sistema de gestão de qualidade no sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

Deste modo considerando as mulheres submetidas a mastectomia com necessidades nos autocuidados e com base nos padrões da qualidade em enfermagem, no papel diferenciador do enfermeiro gestor e nos ganhos em saúde, pela promoção do autocuidado, torna-se necessário conhecer a satisfação em relação às intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado, com a seguinte questão de investigação: Qual a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado?

O presente trabalho, desenvolvido na área de Especialização Gestão em Enfermagem, centra-se no âmbito da Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado. **Objetivo Geral:** analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado. **Objetivos Específicos:** Identificar as necessidades na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, no regresso a casa; Conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres mastectomizadas, no seu autocuidado; Relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem prestadas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado com recurso a entrevista semi-estruturada efetuada a 8 mulheres submetidas a mastectomia, no último semestre de 2021. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2016) e as respostas integradas em três temas: o cuidado sensível, as intervenções de enfermagem e a qualidade dos cuidados de enfermagem, de onde emergiram categorias e destas, ainda subcategorias. **Resultados:** A análise dos relatos das participantes e o quadro conceptual apresentado, conduziram à definição de três temas centrais: O Cuidado Sensível, As Intervenções de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. A análise dos dados obtidos, permitiu evidenciar as dificuldades sentidas pelas participantes do estudo nos autocuidados, atribuindo maior relevo a presença de dor e a limitação física e/ complicações e com menor relevância, o significado do cancro e a alteração da auto-imagem, dando resposta a um dos objetivos inicialmente definidos por conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres mastectomizadas, no seu autocuidado. Os

dados do estudo permitiram também obter respostas sobre o objetivo definido para identificar as necessidades na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, no regresso a casa, as quais estão centradas: nos ensinamentos e nas informações em folhetos, na aprendizagem e no treino de habilidades, da presença de familiar ou cuidador e ainda nos seus recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais como diferenciadores na capacitação para a mudança positiva do seu autocuidado. Estes resultados permitem relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem, em resposta a essas mesmas necessidades, considerando as intervenções identificadas, com destaque para a promoção dos autocuidados, ao nível dos cuidados prestados de higiene, vestir e despir, posicionar e transferir. Globalmente, as mulheres mastectomizadas consideram-se satisfeitas com as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado, que evidenciaram pela formação e a educação dos profissionais. Contudo, tendo por base a análise efetuada às entrevistas das participantes do estudo, foram ainda identificadas áreas que merecem maior reflexão e pensamento crítico, sobre a necessidade de melhoria das intervenções de enfermagem, como sejam: a sensibilidade nos cuidados, orientações estruturadas dos autocuidados, sistematização dos cuidados de enfermagem e maior articulação dos cuidados de saúde após a alta clínica da mulher mastectomizada. Por fim, reforça-se que os resultados de estudos qualitativos, pressupõem investimento acrescido, pela riqueza da vivência das participantes, permitindo incrementar, através, dos dados recolhidos, processos de melhoria, nesta realidade específica e torná-los mais credíveis no âmbito da evidência científica em enfermagem e no desenvolvimento da profissão.

Palavras-chave: Mastectomia, Autocuidado, Enfermagem e Gestão

ABSTRACT

Patient satisfaction, considered by Karaca & Durna (2019) is the most important indicator of general satisfaction with hospital care and an important goal of any health organization in quality assurance. It has become significant in decision making in the present study. Today's contemporary vision of nursing integrates a set of interventions focusing on the promotion of self-care. According to Regulation (2028), the nursing manager is responsible for developing a quality management system that promotes the improvement of the quality of care provided to the client.

Thus, considering women undergoing a mastectomy with self-care needs, we can achieve this based on the quality of nursing standards and on the role of differentiating the manager and on health gains through the promotion of self-care interventions by nurses, with the following research question: What is the satisfaction of women undergoing mastectomies, regarding the promotion of self-care interventions?

The present work developed in the Nursing Management Specialization area focuses on the scope of Customer Satisfaction with Nursing Care in the general surgery area and focuses on the promotion of self-care. **General objectives:** To analyze the satisfaction of women who underwent mastectomies regarding the nursing interventions of promoting self-care. **Specific objectives:** To promote the awareness of self-care of women who underwent mastectomies on the return to their homes; To identify the difficulties experienced by the women in their self-care; To identify the satisfaction of the women regarding the nursing interventions provided in response to their own self-care needs. **Methodology:** This is a qualitative, exploratory, and descriptive study carried out using a semi-structured interview with 8 women who underwent a mastectomy, in the last half of 2021. The data was subjected to content analysis according to Bardin (2016) and the responses integrated into three themes: Sensitive care; Nursing interventions and Quality of nursing care, from these themes several categories and subcategories emerged. **Results:** The participants feedback and conceptual framework led to the definition of these three themes. The analysis of the obtained data shows the difficulties experienced by the participants in their self-care, attributed to the pain, physical limitations, and complications. These outweigh the fact that they had cancer and their altered self-image. When women with mastectomies return home, it's important to promote their self-care. By providing them with information leaflets, the necessary training skills and the support of a family member, caregiver, community, or the hospital this will make a positive difference and assist them getting through this whole experience. Finally, it was possible to highlight the hygiene care provided, the positioning of dressing and undressing. The satisfaction of these women was significant to the nursing interventions that promoted self-care. The analysis also deserves reflection and critical thinking regarding the need to improve nursing interventions. Based on the analysis carried out on the interviews of the participants, such as: Sensitivity in

care; Structured guidelines for self-care; Systematization of nursing care and Greater articulation of health care after the discharge of women who underwent this procedure.

Finally, there isn't doubt that ensuring the quality of nursing care by valuing customer satisfaction, assumes particular importance in the skills of the nursing manager, through the development of structures, forms of organization and care environments, based on the standards of good practice. The result of this qualitative study presupposes an increased investment, allowing to increase the collected data and make it even more credible in the scientific evidence in nursing.

Keywords: Mastectomy, Self-care, Nursing (Nurs*) and Management

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	19
1.1. Satisfação do Cliente	21
2. GESTÃO EM ENFERMAGEM	23
3. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO	26
3.1. Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado, na Transição da Mulher a Mastectomizada.....	28
PARTE II-TRABALHO EMPIRICO	31
1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	31
2. METODOLOGIA DO ESTUDO	33
2.1. Tipo de Estudo.....	34
2.2. Participantes do Estudo	35
2.3. Recolha e Tratamento de Dados	36
2.4. Procedimentos Éticos e Deontológicos	38
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	41
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

ANEXOS

ANEXO I – Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar

ANEXO II – Base de dados do Sistema de informação para a morbilidade hospitalar (SIMH)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

APÊNDICE II – Cronograma de Atividades Inicial

APÊNDICE III – Guião da Entrevista

APÊNDICE IV – Parecer favorável do Conselho de Administração

APÊNDICE V – Autorização do Sr. Diretor do Serviço

APÊNDICE VI – Autorização da Sra. Enfermeira Gestora do serviço

**APÊNDICE VII – Dossier de Apresentação do Estudo à Comissão de Ética do
Centro Hospitalar**

**APÊNDICE VIII – Formulário de pedido de pesquisa à base de dados do Sistema
de informação para a morbilidade hospitalar (SIMH)**

APÊNDICE IX – Uma Entrevista Realizada

**APÊNDICE X – Quadro de Análise das Entrevistas das Participantes em Temáticas,
Categorias e Subcategorias**

APÊNDICE XI – Quadro Síntese de Análise das Entrevistas

APÊNDICE XII – Cronograma de Atividades - Final

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fases da Análise de Conteúdo de Bardin (2016)	44
---	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das Participantes por Idades.....42

Gráfico 2 – Distribuição das Participantes pelo Estado Civil42

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sócio demográfica das Participantes do Estudo	41
Quadro 2 – Distribuição das Participantes por Idades	42
Quadro 3 – Caracterização Clínica das Participantes do Estudo	43
Quadro 4 – Distribuição das Participantes por Dias de Internamento	43
Quadro 5 – Definição de temas, categorias e subcategorias decorrentes das entrevistas das participantes	45
Quadro 6 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Dificuldades da Mulher Mastectomizada	47
Quadro 7 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária	51
Quadro 8 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Orientações para o Autocuidado	57
Quadro 9 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Sistematização dos Cuidados para a Alta	61
Quadro 10 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Cuidados Relevantes de Enfermagem	65
Quadro 11 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Resposta às Necessidades	68
Quadro 12 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Segurança	70
Quadro 13 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Satisfação	72

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem tem vindo a merecer uma crescente e prioritária atenção, sendo por isso evidente que a satisfação do cliente, face aos cuidados que lhes são prestados, constitui um importante e legítimo indicador de gestão da qualidade.

Em consonância com as preocupações da qualidade em saúde e concretamente com os cuidados de enfermagem surge a responsabilização de todos os intervenientes, numa permanente procura dos melhores cuidados e melhores resultados em saúde.

Para explanar as relações entre os cuidados de enfermagem e os resultados, existem vários referenciais teóricos a que se tem vindo a recorrer e assume aqui um papel determinante o enfermeiro gestor, cujo conteúdo funcional, de acordo com a nova carreira de enfermagem, emanada em 2019, “integra, na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança” (Decreto-Lei n.º 71/2019, p. 2628).

No contexto atual da profissão, impera a necessidade de proceder a uma melhoria contínua dos cuidados prestados aos clientes, baseada na evidência científica e nos estudos que orientam o exercício profissional, tal como é referido por Polit & Beck (2018), que considera “o desenvolvimento e a utilização do conhecimento, essencial para a melhoria constante no atendimento ao paciente. Espera-se cada vez mais que as enfermeiras adotem a prática (...) baseada em evidência, usando resultados de pesquisa para fundamentar suas decisões, ações e interações com os clientes” (Polit & Beck, 2018, p. 20).

Acompanhando a situação atual das preocupações com a saúde e no confronto com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem surge a patologia neoplásica mamária, uma das doenças com maior impacto na mulher, não só pela frequência, mas muitas vezes, associado a uma imagem com alterações significativas, e essencialmente porque afeta um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade.

O cancro da mama, integrado na patologia mamária, tem destaque pela sua incidência crescente e elevado índice de mortalidade e morbilidade, sendo o mais comum em mulheres em todo o mundo.

Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro (2021), o cancro da mama é um problema de saúde pública, apesar de não ser dos mais letais, tem uma alta incidência e uma alta mortalidade, sobretudo na mulher (apenas 1 em cada 100 cancros se desenvolvem no homem). Em Portugal, com uma população feminina de 5 milhões, foram diagnosticados, em 2020, cerca de 7.000 novos casos de cancro da mama e 1.800 mulheres morreram com esta doença.

A mastectomia continua a ser uma das intervenções cirúrgicas mais prevalentes e de primeira linha no tratamento do cancro da mama, onde as complicações de natureza física, nomeadamente a dor, as parestesias da região axilar, a diminuição da força, a limitação da amplitude de movimento do ombro e o linfedema, são manifestações significativamente prevalentes após a cirurgia, que se refletem diretamente na sua recuperação funcional com implicações diretas no autocuidado (Merêncio & Ventura, 2020; Marques & Haddad, 2014).

O tratamento, particularmente a cirurgia, apesar da evolução nos últimos anos, continua a ser muito danosa pela sua elevada incidência em termos de comorbilidades e consequências deixadas a nível físico, emocional e social, na mulher, na sua família e respetiva rede social envolvente (Rodrigues, 2017; Brito & Marcelino, 2014).

A literatura descreve a mastectomia como sendo responsável por significativas alterações na vida da mulher, pois reveste-se de uma experiência emocionalmente agressiva e fisicamente traumática pela mutilação a que está sujeita e pelas sequelas físicas que se perpetuam ao longo da vida da mulher.

A mastectomia, apesar da evolução nos últimos anos, continua a ser muito lesiva pela sua elevada incidência em termos de comorbilidades e repercussões deixadas a nível físico.

Esta realidade é vivenciada pelos enfermeiros, no confronto com a crescente taxa de ocupação do serviço de internamento de cirurgia, com doentes com patologia oncológica mamária, com necessidade de mastectomia, gerando na equipa maiores preocupações e desafios, na procura de mais e melhores respostas às necessidades das clientes.

E por isso, assumem-se os cuidados de enfermagem num processo global, contínuo e dinâmico para a cliente, com o objetivo de implementar ações promotoras do autocuidado, para a independência, num progressivo desenvolvimento de cuidados que permitem atingir a autonomia nos autocuidados, garantindo assim que o processo de planeamento da alta seja cumprido, num regresso a casa tranquilo, sereno e em segurança por forma a poder assegurar o cuidado de si próprio.

A mulher com cancro da mama está, pois, inserida num contexto complexo, sentindo a sua vida ameaçada, e confrontando-se com questões que se prendem com o seu corpo, com a sua identidade e a necessidade de implementação de ações para o autocuidado.

A escolha da área centra-se nesta problemática que decorreu da análise explanada, numa observação/reflexão e inquietação enquanto profissional na área de saúde e em paralelo com momentos de debate/conversas informais na equipa, da realidade profissional e dos constrangimentos vivenciados no dia-a-dia, como enfermeiros, indo ao encontro do referido por Gray, Grove & Sutherland (2017) quando refere que a área problemática que um pesquisador escolhe é o resultado da observação profissional.

Perante o exposto, considera-se relevante o estudo deste tema, centrando na análise da satisfação das clientes sobre as intervenções de enfermagem na resposta às suas necessidades de autocuidados, numa ótica de melhoria de cuidados. Na melhoria da

prestação de cuidados de saúde, um dos critérios de sucesso é saber em que medida os serviços de saúde conseguem ir ao encontro das necessidades e carências dos clientes utilizadores. De acordo com um estudo efetuado em hospitais portugueses (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017), é imprescindível escutar os clientes, sobre em que medida os cuidados dos quais foram alvo contribuíram para melhorar, minimizar ou resolver o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida.

É uma linha de pensamento, também consubstanciada por Doran, Mildon & Clarke (2011) que identificam como ganhos em saúde: o estado funcional, o autocuidado, o controlo de sintomas, a dor, segurança/controlo de efeitos adversos, as estratégias de adaptação eficazes, a satisfação com os cuidados, a mortalidade e a utilização dos serviços de saúde.

Esta realidade e numa ótica de garantia da qualidade de cuidados, o papel dos enfermeiros gestores assume um papel relevante, onde a capacitação para a mudança, responde às necessidades específicas de promoção do autocuidado e os enfermeiros assumem o elo de ligação entre a vivência da mulher e o respetivo processo de adaptação a estratégias no cuidado de si próprio.

Nesta perspetiva, a necessidade de aprofundar conhecimentos técnicos e científicos, e a realização de um estudo de investigação, tornam-se uma oportunidade de conhecer a opinião das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado.

Assim, consciente de que os enfermeiros cuidam da mulher mastectomizada durante as várias fases do processo de doença, onde as suas necessidades e da sua família devem ser identificadas, avaliadas e as intervenções de enfermagem centradas na promoção do autocuidado, foi decidido realizar um estudo sobre esta área temática com a seguinte questão inicial, orientadora do estudo de investigação: **Qual a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem, na promoção do autocuidado?**

Deste modo, selecionou-se um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo, onde foi desenvolvido o estudo, cujo objetivo geral traçado foi analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado, numa resposta às suas reais necessidades, tendo como objetivos específicos:

- Identificar as necessidades na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, no regresso a casa;
- Conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres mastectomizadas, no seu autocuidado;
- Relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem prestadas.

Considera-se, assim pertinente, aprofundar o conhecimento da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, face as intervenções de enfermagem, entendendo-o como um contributo inegável para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na prossecução do estudo, foi efetuada a definição de conceitos e eficaz fundamentação teórica do estudo, foi efetuada inicialmente uma Revisão Integrativa da Literatura, com pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina e SCOPUS. As palavras-chave identificadas para este estudo, de acordo com os descritores DeCS, são: enfermagem, mastectomia; autocuidado e satisfação do cliente, que conduziram à RIL (Apêndice I), cuja pesquisa e resultados obtidos, suportam a base teórica deste trabalho. Foi ainda realizada também pesquisa no Google Scholar, na biblioteca escolar e efetuada análise dos apontamentos e reflexões das sessões letivas.

Estruturalmente esta dissertação encontra-se organizada em duas partes, sendo que a primeira parte integra o enquadramento teórico onde é apresentada a fundamentação teórica que sustenta a área em estudo e que é composta por três capítulos: Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Gestão em Enfermagem e por fim a Promoção do Autocuidado. Na segunda parte, designada por Trabalho Empírico são apresentados igualmente três capítulos: Problemática e Justificação do Estudo, Metodologia do Estudo e Apresentação, Análise e Discussão dos Dados. Por último apresentam-se as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices.

Esta dissertação foi elaborada segundo o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos em vigor na ESEL (2020) e redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa. As referências bibliográficas consultadas são apresentadas de acordo com as normas da American Psychological Association.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo o principal objetivo é elaborar uma abordagem das principais bases teóricas relevantes para a concretização do estudo.

Apresenta-se organizado da seguinte forma: uma abordagem inicial sobre a qualidade dos cuidados, seguido do desenvolvimento de competências na gestão em Enfermagem culminando com a centralidade do estudo que é a satisfação da mulher mastectomizada na promoção do autocuidado.

1. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A qualidade em saúde considera-se um processo dinâmico, de atividade exaustiva, sendo de caráter ininterrupto e permanente que procura identificar processos de melhoria nas rotinas e nos procedimentos, os quais necessitam de revisão sistemática e periódica, além de atualização permanente, com participação da direção hospitalar e de todos os profissionais nela envolvidos. Atualmente, definir níveis de qualidade nos serviços de saúde é considerado uma complexidade ímpar, devido à peculiaridade de cada instituição a ser avaliada (Pena & Melleiro, 2012).

No âmbito mundial, muitos têm sido os esforços no desenvolvimento de estratégias de melhoria em relação à eficiência e eficácia da qualidade dos serviços de saúde hospitalares, com o desenvolvimento de pesquisas de avaliação da qualidade da assistência e oferta de estratégias para que os problemas apresentados na qualidade e segurança hospitalar possam ser amenizados ou até mesmo, eliminados (Aiken et al., 2012). Assim, vários têm sido os estudos sobre a qualidade da avaliação em saúde, na perspetiva da satisfação do cliente (Pereira, 2018; Inchauspe, 2015), considerando a importância da sua essência e um significativo indicador de qualidade dos cuidados em países desenvolvidos.

Na Enfermagem, a precursora da avaliação da qualidade e segurança dos cuidados foi Florence Nightingale, pelo seu trabalho desenvolvido em ambiente hospitalar durante a guerra da Crimeia. Evidenciando a precariedade das condições sanitárias da época, Florence mostrou estatisticamente o índice de mortalidade dos soldados relacionado às condições estruturais do hospital e não apenas aos ferimentos ocasionados pela guerra (Pereira, 2018).

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, e torna-se necessário compreender este conceito e quais os contributos dados, quer por entidades internacionais como nacionais. Garantir a qualidade dos cuidados que são prestados na área da saúde é um dever de todos os profissionais desta área,

independentemente do seu nível de responsabilidade e cargo que desempenham, desde a operacionalização a funções de coordenação e gestão (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Os clientes possuem um grau de conhecimento cada vez maior relativamente aos cuidados de saúde que lhes são propostos e aplicados e, neste sentido, a crescente exigência sentida leva a que seja essencial garantir que profissionais de saúde tenham a capacidade de justificar a sua ação com base num referencial de valores adequado e estruturado que vise garantir os direitos dos clientes na sua relação com os serviços de saúde.

Nas últimas décadas tem-se dado cada vez mais importância à experiência dos clientes com os cuidados de saúde de uma forma geral e com os cuidados de enfermagem, em particular, pois a avaliação e definição dos cuidados pelos clientes são fundamentais para a melhoria contínua da qualidade. Sendo a Enfermagem a ciência do cuidar, torna-se cada vez mais emergente investir na área da qualidade nomeadamente nos cuidados prestados ao cliente/família e comunidade.

A definição de uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para o cliente que a está a vivenciar, bem como para os que a rodeiam. Deve ser ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais de saúde. Nesta perspetiva, o cliente deve ser considerado como ser humano e não objeto da prática de cuidados onde ele também é participante no seu processo de cuidados. Na mesma linha do pensamento e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), a satisfação dos clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados.

O percurso profissional dos enfermeiros tem sido pautado pela exigência e persistência de que a sociedade e os clientes requerem mais e melhores cuidados e que é possível um investimento partilhado, entre os vários intervenientes, de modo a se implementarem estratégias ajustadas e que permitam a integração permanente em função das necessidades e dos recursos disponíveis.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e um cliente, família ou comunidade. Quer o enfermeiro, quer os clientes, alvo dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Desta forma, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente ao cliente, alvo dos cuidados de enfermagem.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto multiprofissional de cuidados. Assim, encontramos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), a distinção entre as intervenções interdependentes (iniciadas por outros técnicos da equipa como é o caso das prescrições médicas, onde o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação) e as intervenções

autónomas (iniciadas pela prescrição do enfermeiro, onde este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção).

A medição da satisfação dos clientes é essencial para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo também uma oportunidade de participação do cliente na construção de um Serviço de Saúde à sua medida, baseado na opinião e valorização dos serviços prestados. Contudo, a qualidade é um conceito complexo e de difícil medição. Segundo Donabedian (2003), a qualidade não pode ser tomada como garantida, mas sim encarada como uma melhoria contínua, encontrando aqui espaço para tentar fazer melhor, e evoluir para níveis mais altos de qualidade.

1.1. Satisfação do Cliente

Os estudos sobre a satisfação do cliente a nível mundial não são um tema novo, concretamente na relação significativa com a avaliação da qualidade em saúde. Nas últimas décadas, o crescimento da economia mundial estimulou a competição entre as organizações de saúde e com base nesta perspetiva, os interesses económicos permearam as instituições. Assim, ter um cliente satisfeito passou a ser fundamental para a sobrevivência das instituições (Júnior, 2015). Foi devido ao crescimento económico que esta temática ganhou significado no mundo e por isso se desenvolveu com maior enfoque nas administrações, evoluindo para outras áreas como a da saúde e influenciando principalmente as instituições privadas.

Com base na pesquisa, é possível clarificar as variáveis que contribuem para a mensuração do atendimento aos clientes. Um estudo realizado em Portugal, em 2014, com 283 enfermeiros, evidenciou que estes profissionais de saúde são considerados agentes que influenciam diretamente a qualidade do serviço, a qual depende significativamente do líder e da maneira como ele gere a equipa (Mendes & Fradique, 2014). Já o estudo brasileiro de Pereira (2018) sobre a satisfação do cliente com o serviço de enfermagem “defendeu a tese de que a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem em âmbito hospitalar está relacionada com os condicionantes, relacionamento interpessoal e comunicação, confiança, credibilidade e dedicação, levando em consideração a assistência centrada no paciente e enfermeiro” (Pereira, 2018, p. 5).

Nesse sentido, a necessidade do estabelecimento das relações interpessoais e a compreensão da perceção do cliente necessitam ser o ponto de partida para entender a sua satisfação. O estudo internacional realizado com clientes para avaliar a sua satisfação com o sistema de saúde também evidenciou que estes não possuem conhecimentos necessários, sendo leigos para avaliar a técnica instrumental realizada na assistência e/ou atendimento sendo, contudo, capazes de avaliar a qualidade funcional, que se refere à maneira como o serviço de saúde é prestado (Horodnica, Apetbeib, Lucac, & Ciobanuc, 2018).

Os enfermeiros possuem um papel significativo no cuidar, estando em permanência junto do cliente. A partir de pesquisas que priorizem essa parcela de profissionais, os resultados podem instigar e influenciar o todo, desencadeando mudanças reais em prol dos clientes (Karami, Farokhzadian, & Forouchamir, 2017). Existe um consenso de que a satisfação do cliente é parte integrante da qualidade dos serviços de saúde (Inchauspe, 2015; Goodman, Ogrinc & Davies, 2016) e que sem ela, a avaliação em saúde mostra-se incompleta, pois o nível de satisfação faz parte dos resultados. Além disso, contribui para uma melhor utilização dos recursos, assegurado pelo enfoque nas práticas e comportamentos que levam ao desempenho de qualidade, através do compromisso responsável e empenho na melhoria dos cuidados prestados.

Para que a satisfação dos clientes seja um indicador de qualidade é necessário incluí-lo como agente de transformação. Segundo Pereira (2018), satisfação parece ser consequência da posição que o cliente ocupa em relação a sua idealização e não somente do quanto ele recebe do ambiente que está inserido. Neste sentido, considera-se que a participação dos clientes induz transformações das práticas dos gestores, trabalhadores e avaliadores, no cuidado permeado pela oferta de qualidade em saúde.

Quality Health Outcomes Model, é um modelo desenvolvido por Mitchell, Ferketich & Jennings (1998), a partir do enquadramento teórico de Donabedian de 1966, em que este sugeriu a avaliação da qualidade dos cuidados através de um modelo linear constituído pela estrutura, processo e *outcomes*. Este modelo de Mitchell et al. (1998), refere que a avaliação da qualidade dos cuidados não se estabelece de forma linear, mas sim de uma forma dinâmica. Ou seja, as relações que se estabelecem entre a estrutura, o processo e os resultados são dinâmicas, afetando e influenciando-se mutuamente. Assim, os efeitos e resultados que se atingem são medidos pelos clientes e suas características, pelas intervenções e por processos estruturais do sistema.

2. GESTÃO EM ENFERMAGEM

O aparecimento da era industrial que tem origem “numa sociedade onde impera o interesse próprio e prevalece o contrato de trabalho entre empregado e empregador e onde a gestão se torna um instrumento imprescindível” (Ferreira, 2012, p. 57). Mas é no século XX que dois engenheiros, Frederick Taylor e Henri Fayol, desenvolvem trabalhos na área da gestão, criando a Abordagem Clássica da Administração e dos princípios científicos para a gestão tendo como pressupostos a “necessidade dos trabalhadores serem instruídos sobre a melhor maneira de realizar uma tarefa e por uma função supervisora enfaticamente fiscalizadora e até punitiva” (Ferreira, 2012, p. 57).

Na enfermagem, a reforma com Florence Nightingale após a Guerra da Crimeia (1853-1856), emergiram as problemáticas de saúde pública, que conduziram ao estabelecimento de programas educacionais de enfermagem, elemento decisivo para a reorganização e o avanço dos profissionais de enfermagem, fundando em 1860 a primeira escola de enfermagem em Inglaterra, o St. Thomas Hospital em Londres (Cherry, 2019).

O modelo de Florence Nightingale destaca a importância da aplicação da gestão da administração nos hospitais, onde a enfermagem desenvolve funções de administração, quer a nível organizacional, quer a nível da unidade e equipa (Ferreira, 2012). De acordo com a mesma autora, para a realização de uma gestão de qualidade, é necessário reconhecer as transformações no plano económico, político e na enfermagem, numa mudança de paradigma, quer na gestão clínica quer na organizacional (Ferreira, 2012).

Nas definições de Gestão em Enfermagem surge Yoder-Wise (2019) que faz sobressair a capacidade dos enfermeiros gestores para gerir os cuidados aos clientes e a restante equipa pelo qual são responsáveis. Contratar as profissionais certas, criar e apoiar líderes, proteger e gerir recursos (físicos e materiais) para apoiar os enfermeiros que prestam cuidados de qualidade ao cliente, apoiar os enfermeiros com base nas qualificações e talento, gerir e partilhar dados para avaliar a produtividade e qualidade, criar relacionamentos com a restante equipa multidisciplinar e responsabilizar os profissionais são alguns conceitos-chave em que o enfermeiro gestor necessita de considerar.

A Gestão em Enfermagem é, neste sentido, essencial à qualidade dos cuidados prestados em qualquer serviço de saúde e decisiva nas organizações em geral. São os enfermeiros, o grupo profissional mais representativo do setor da saúde, sendo de maior incidência nas instituições hospitalares, onde os enfermeiros exercem um papel fundamental e diferenciador, no processo de cuidados de saúde e na sua gestão.

Reconhecendo a real importância do exercício de funções de gestão por parte dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros aprovou o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, publicado em Diário da República, de forma a assegurar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Regulamento nº 76/2018).

Assim, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor descrito no diploma legal referido anteriormente, “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva na obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento nº 76/2018, p. 3478). O enfermeiro gestor possui um conhecimento efetivo no domínio da disciplina/profissão de enfermagem, gestão, assessoria e consultadoria. Tem como função o reconhecimento do cumprimento dos padrões de qualidade em enfermagem sendo o motor do desenvolvimento profissional técnico-científico e racional da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis aos cuidados de enfermagem, da segurança dos cuidados, entre outros (Regulamento nº 76/2018, p. 3478).

A colocação em prática deste conjunto de competências constituirá uma ferramenta fulcral para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, para a manutenção da parceria entre a enfermagem e as políticas de saúde.

Reforçado pelas Competências do Enfermeiro Gestor, faz sentido fornecer maior destaque ao eixo da Qualidade em Saúde acima mencionado. Seguindo estas orientações, torna-se importante adequar os cuidados prestados ao que o cliente atualmente espera receber, fazendo estes ajustes parte integrante do domínio das competências dos enfermeiros gestores e da sua capacidade de liderar e organizar as suas equipas segundo este objetivo, tendo em consideração a “alteração progressiva dos padrões demográficos e epidemiológicos do país, (...) desenvolvimento tecnológico e farmacológico, caro ou muito caro, que ocorre de forma rápida, à enorme produção de novas evidências científicas, à tendência de aumento da despesa global no setor da saúde, aos resultados da investigação clínica e da inovação em saúde e à necessidade de cumprimento de princípios éticos na definição de prioridades” (OE, 2014, p. 16).

O enfermeiro gestor atua como agente impulsionador de mudança e promotor de cuidados de qualidade, assegurando a organização, coordenação e avaliação dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa. Assim, o enfermeiro gestor promove a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera.

Ainda assim, para alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados, a Ordem dos Enfermeiros afirma que “não basta aprovar projetos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela” (OE, 2001, p. 7). Aqui, uma vez mais se confirma a importância do papel do enfermeiro gestor, de forma a garantir a existência de equipas coesas e motivadas para o desenvolvimento do caminho proposto nas Metas 2020.

O papel do enfermeiro gestor tem uma importância exemplar, fundamentado pelo referencial de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros, no qual se identificam

“as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas (...)” (OE, 2014, p. 2).

Assim, é definida a amplitude da influência do enfermeiro gestor em todas as atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem, desde garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera, a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, a prática profissional baseada na evidência e a gestão da unidade e da equipa, otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde.

Perante a problemática levantada, relacionada com a necessidade de dinamizar a promoção dos autocuidados junto da equipa de enfermagem, o enfermeiro gestor deve demonstrar domínio sobre a temática, envolvendo a equipa nas atividades propostas, com o intuito de potenciar a promoção da saúde e do bem-estar, manifestada através da melhoria dos autocuidados.

3. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

A saúde de cada cliente liga-se a múltiplas dimensões especialmente ao seu projeto de vida, mas é irrefutável que todos devem ter acesso a meios e recursos que lhes possibilitem desenvolver capacidades e competências para percorrer um caminho em direção ao bem-estar físico, psíquico e social (OE, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem promovido nos últimos anos uma abordagem centrada no cliente com o objetivo global de humanização dos cuidados de saúde agregado aos princípios universais dos direitos humanos e da dignidade, participação e empoderamento e uma parceria de iguais com uma cultura de capacitação (McCormack, et al., 2015).

O cliente, centro do Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança. Este deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de zelar pela defesa da sua saúde. Para que isso aconteça o cliente tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

O contexto atual das políticas de saúde favorece à adoção de práticas que valorizam o percurso dos clientes através dos processos de cuidados de saúde que elas experienciam acrescentando a ideia de literacia e educação em saúde, autocuidado e envolvimento como estratégia de capacitação para aumentar o controlo dos clientes sobre a sua saúde e sobre a sua vida. Os enfermeiros devem promover a autonomia e a construção de um novo conceito de ser saudável (OE, 2012), partilhando a reorientação do seu percurso de vida e do readquirir de um sentido apesar das limitações que a gestão da doença impõe.

Segundo Rabie e Koppler (2015), o autocuidado consiste numa variedade de atividades de cuidado deliberadamente realizadas para promover a saúde física, mental e emocional, a fim de manter a vida e prevenir doenças.

Por sua vez, segundo Orem (2001), o autocuidado é uma função humana reguladora que os clientes têm de desempenhar por si próprias ou que alguém a executa por elas, a fim de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. O autocuidado é aprendido e executado deliberada e continuamente em conformidade com as necessidades dos clientes. Estas condições associam-se ao estadio de crescimento e de desenvolvimento, aos estados de saúde, características específicas de saúde, à cultura e aos fatores ambientais.

A Teoria de Enfermagem do Défice Autocuidado de Orem, consiste numa teoria geral que abrange três teorias: (1) a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê os clientes cuidam de si; (2) a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica por que razão as clientes podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e (3) a teoria dos sistemas de enfermagem, que refere e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça enfermagem (Orem, 2001).

Esta teoria alicerça-se em cinco conceitos basilares que estão inter-relacionados: a ação do autocuidado; a capacidade de autocuidado; a necessidade de autocuidado; o déficit de autocuidado e a intervenção enfermagem. Orem (2001) sugere um conceito adicional, designado de requisito de autocuidado, e um periférico, referente aos fatores condicionantes básicos. Os quatro primeiros conceitos orientam-se para os clientes que precisam de cuidados de enfermagem e o quinto, a intervenção de enfermagem, orienta-se para o enfermeiro.

O enfermeiro pode usar um método ou um conjunto deles, considerando que as clientes terão que realizar o autocuidado no regresso à sua casa. De acordo com Nicolau (2015), nas orientações para a alta das mulheres submetidas a mastectomia, pode-se treinar a cliente a executar o autocuidado, as ações que serão permitidas e o que deve ser evitado. Nesse sistema de enfermagem, a cliente é orientada e ajudada a se cuidar.

Orem (2001) acredita que os clientes têm potencial para aprender e desenvolver a maneira como preenchem as necessidades do autocuidado. Logo, o papel do enfermeiro é fundamental nessa educação. Existem fatores que, por vezes, podem prejudicar essa aprendizagem, tais como idade, capacidade mental, cultura e o estado emocional do cliente. Caso este não consiga aprender devido ao momento de tensão ou outra incapacidade, ensina-se a seus familiares. Por isso o apoio familiar é de suma importância.

Na teoria do autocuidado aplica-se uma visão holística dos clientes e não só a ausência de doença, valorizando o bem-estar físico, emocional e social e apresenta a saúde com base nos cuidados preventivos de saúde, os quais podem ser de ordem primária, com a promoção e manutenção da saúde, secundária, com o tratamento da doença e da lesão, e terciária, que seria a prevenção de complicações.

No caso das mulheres submetidas a mastectomia é fundamental um trabalho educativo sensível e participativo, explicando os fatores de risco que devem ser evitados e as novas aquisições do cuidado perante as mudanças físicas do corpo (Nicolau, 2015). O conhecimento das representações sociais das mulheres mastectomizadas sobre a mama e as alterações do corpo decorrentes da intervenção cirúrgica, permite a elaboração de estratégias educativas que produzam um cuidado eficaz.

Na opinião de Meleis (2012), a teoria de Orem “fornece uma estrutura para avaliar as necessidades dos clientes e desenvolver intervenções para melhorar a capacidade das pessoas para administrar os cuidados diários a si próprio e aos seus dependentes, e conservar a sua energia e integridade estrutural, pessoal e social. Os enfermeiros usam intencionalmente os princípios do autocuidado para fornecer cuidados de suporte e terapêuticos” (Meleis, 2012, p. 224).

Nos períodos de transição do estado de doença para a recuperação da saúde e do bem-estar, o enfermeiro tem um papel fundamental, constituindo a ajuda essencial para ultrapassar as dificuldades ou compensar as limitações associadas ao processo de doença. Nesta lógica, Orem identificou cinco métodos que os enfermeiros utilizam na prestação de

cuidados: executar ou agir, substituindo o cliente nas atividades que esta não é capaz de executar; orientar e encaminhar; oferecer apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente seguro que favoreça o seu desenvolvimento e ensinar, tanto o cliente como os familiares ou cuidadores (Orem, 2001).

3.1. Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado, na Transição da Mulher a Mastectomizada

O cancro congrega aspetos multidimensionais pelo que constitui uma das preocupações em saúde pública a nível nacional e internacional e transformou-se numa doença que exige vigilância e tratamentos prolongados e não se pressupõe retrocesso nos atuais dados estatísticos. O cancro exige um envolvimento multidisciplinar com uma abordagem articulada com os vários intervenientes para além das estruturas de saúde na medida em que é uma das doenças do presente e do futuro (DGS, 2014).

De acordo com a International Agency for Research on Cancer (2021), estimam-se para 2022, cerca de 287.850 novos casos de cancro invasivo da mama, diagnosticados em mulheres, nos Estados Unidos. Em Portugal, os cinco tumores mais relevantes na mulher são, em primeiro lugar e com grande destaque, o tumor da mama – 7 373 novos casos por ano. A taxa de incidência aumenta consideravelmente com a idade até aos 70, ocorrendo cerca de 60% dos casos entre os 45 e os 69 anos (Registo Oncológico Nacional [RON], 2021).

Na maioria das mulheres com cancro da mama a cirurgia será o tratamento indicado associado normalmente às outras formas de tratamento. A cirurgia é uma parte essencial de todos os tratamentos atuais para curar o cancro de mama. Mais de 90% das mulheres diagnosticadas são submetidas a tratamento cirúrgico. A decisão do tipo de tratamento cirúrgico depende de fatores clínicos, tais como as características do tumor, o tamanho, a localização e o envolvimento ou não dos gânglios linfáticos (RON, 2021).

De acordo com a American Cancer Society (2021) a mastectomia pode ser simples, radical modificada ou radical. Na simples remove-se a totalidade da mama sem remoção dos gânglios linfáticos axilares ou tecido muscular encontrado sob o peito. A mastectomia radical modificada associa uma mastectomia simples com dissecação de gânglios linfáticos axilares. Na mastectomia radical remove-se toda a mama, gânglios linfáticos axilares e músculos peitorais da parede torácica. Esta cirurgia frequente no passado está em franco desuso, porque uma cirurgia menos extensa, (nomeadamente, uma mastectomia radical modificada) proporciona os mesmos resultados com menos efeitos colaterais.

As mulheres com cancro da mama estão expostas a tratamentos agressivos, efeitos colaterais debilitantes, problemas físicos graves. Os tratamentos que curam o cancro da mama também podem causar difíceis complicações podendo a cronicidade das mesmas ser

muito limitante com impacto significativo na autonomia e qualidade de vida pelo compromisso na realização das atividades de vida da mulher mastectomizada, tendo por vezes necessidade de readaptar a sua atividade laboral ou ausentar-se do trabalho devido à sua nova condição (Silva, Ferreira, & Pereira, 2018).

A mastectomia é um processo cirúrgico mutilante que pode acarretar repercussões físicas e emocionais desfavoráveis conforme várias evidências atestam (Merêncio & Ventura, 2020; Silva et al., 2018). As mulheres com cancro da mama, submetidas a mastectomia, confrontam-se com várias questões relacionadas com a doença e tratamento que interferem a variados níveis no seu projeto de vida e que as obrigam a ajustamentos face a esses acontecimentos, tais como, aprender a lidar com a doença que ameaça a vida e a mudanças no estilo de vida anterior, devido às dificuldades na função (Nicolau, 2015).

A diminuição da amplitude de movimentos do ombro causa dificuldade no desempenho de algumas atividades que envolvem amplitudes de movimento maior, sendo restritiva na realização das atividades de vida diária uma vez que a falta de força muscular consequente à mastectomia altera a funcionalidade do membro superior homolateral (Camões, 2014).

A importância que têm as questões relacionadas com a doença oncológica mamária e os seus tratamentos nomeadamente a promoção do autocuidado, tornam pertinente o investimento tendo em conta as consequências que dela podem advir para as mulheres vítimas desta doença e a necessidade de se desenvolverem estudos que permitam a compreensão do fenómeno e também permitam encontrar estratégias que melhorem a assistência a estas clientes e se traduzam em ganhos em saúde.

O estudo de Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane, & Chaboyer (2015), considerou que os enfermeiros têm um papel crucial na promoção da participação do cliente nos autocuidados. Através do reconhecimento e da cooperação, os enfermeiros podem facilitar a participação dos clientes num conjunto diversificado de atividades de enfermagem.

Cada vez mais os enfermeiros procuram uma atualização constante de conhecimentos, para que a excelência em matéria de cuidados de enfermagem seja um êxito. A excelência deve ser sempre entendida como qualidade ao mais alto nível, sendo a sua defesa uma permanente preocupação e um desafio no sentido de responder às necessidades dos clientes, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Sendo assim, é necessário que se consiga conferir visibilidade nas suas ações, os cuidados de enfermagem devem estar presentes nas estatísticas, indicadores e relatórios nacionais de saúde para se conseguir demonstrar o impacto nos ganhos em saúde das populações (Meleis, 2010).

Tendo por base os princípios expostos, considera-se pertinente ajudar as clientes nas suas transições da doença para a saúde e vice-versa. Os enfermeiros desempenham um papel ativo neste processo, dado que são estes os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com as clientes no seu processo de transição de doença/saúde e

vice-versa. A transição compreende os processos de mudança que implicam a necessidade de ajustamento e/ou adaptação. O cliente ao experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar novas situações poderá apresentar desajustamentos (Meleis, 2012).

Os enfermeiros têm um papel ativo nas estratégias de transição do cuidado através da promoção do autocuidado, proporcionando um suporte de educação para a saúde e orientações para a prevenção, controlo da doença, promoção e manutenção da saúde, procurando-se aprimorar a literacia em saúde e garantir a continuidade dos cuidados, por exemplo no domicílio/comunidade.

A promoção da independência dos clientes, começando nas atividades de vida diárias, onde enquadrámos os autocuidados, tem vantagens a curto, médio e longo prazo, quer para o cliente, quer para a instituição e para a sociedade. A demora na sua recuperação tem implicações a vários níveis. Segundo Silva et al. (2018),

“... a capacidade da pessoa se adaptar, nomeadamente do ponto de vista funcional, está intimamente relacionada com as limitações que esta apresenta decorrentes do evento que determinou mudanças nas suas capacidades de desempenho, em termos de autocuidado” (Silva et al., 2018).

A saúde e o bem estar, têm sido muito procurados e valorizados ao longo da história da humanidade. Em 1946 a OMS definiu saúde, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade. A individualidade do cliente determina as diferenças dos conceitos de saúde e de doença, consoante o seu projeto de vida pessoal e as suas próprias experiências vividas de saúde, da doença e da importância do cuidado.

PARTE II-TRABALHO EMPIRICO

1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A importância que têm as questões relacionadas com a doença oncológica mamária e os seus tratamentos nomeadamente, na promoção do autocuidado, tornam pertinente o investimento no estudo, tendo em conta as consequências que dela podem advir para as mulheres vítimas desta doença e a necessidade de se desenvolverem estudos que permitam a compreensão do fenómeno e também permitam encontrar estratégias que melhorem a assistência a estas clientes e se traduzam em ganhos em saúde.

Atualmente, existem diversas opções de tratamento que englobam a abordagem cirúrgica e o tratamento sistémico direcionado à patologia. O tratamento do cancro da mama acarreta, para a mulher, uma série de consequências a nível físico e psicológico, pelo que podemos afirmar que ocorre uma profunda alteração bio-psico-sócio-espiritual, pois além das causas básicas associadas a esta condição, existe uma imagem mental que cada ser humano tem do seu corpo, da sua fisiologia e do seu autocontrolo. Portanto, uma limitação estética ou funcional de qualquer unidade deste conjunto gera insegurança, medo de rejeição e profundas mudanças na sua vida como um todo.

A mulher mastectomizada vê-se confrontada com a necessidade de lidar não só com a doença, mas também com as alterações no seu estilo de vida, nomeadamente no que diz respeito ao seu desempenho físico e funcional, nas suas atividades de vida diária e ainda no seio familiar e socioprofissional. Segundo Almeida (2006) "...no período pós-operatório da mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, visto que essas mulheres, em geral, sentem dificuldade em lidar com o próprio corpo" (Almeida, 2006, p.102).

De facto, a continuidade de vida e a conceptualização do cancro da mama como doença crónica, acarretam consigo a questão da qualidade de vida, sem qualidade (Ribeiro et al., 2017), pelo que se deve ter em consideração a qualidade de vida e a adaptação emocional da doente com cancro da mama ao longo de todo o percurso da doença.

As mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia, nas suas tentativas de ajustamento a estes acontecimentos, têm de aprender a lidar com a doença que ameaça a vida e com alterações no estilo de vida anterior. Mas, simultaneamente, têm de ser capazes de se confrontar com questões relacionadas com a doença e o tratamento, tais como dificuldades no funcionamento físico e adaptações no processo de transição para a sua nova realidade.

Nos processos de transição, os enfermeiros são elementos chave dentro da equipa de saúde. Para isso, torna-se fundamental perceberem a necessidade de suporte

psicossocial, de autocuidado e de reabilitação física da mulher, promovendo intervenções específicas e integrais nos cuidados prestados.

Perante o confronto com a necessidade de intervir na melhor capacitação da mulher mastectomizada para o autocuidado, na adaptação da cliente a uma nova condição, meta que passa por uma relação de ajuda e por atividades educativas abrangentes com enfoque nos aspetos técnicos, sociais, profissionais e na adaptação à nova vida da mulher. (Silva et al., 2018). Deste modo, é fundamental um planeamento dos cuidados de saúde, no sentido de preparar a mulher, quer física quer emocionalmente, para a sua nova condição, favorecendo, assim, o autocuidado e deste modo uma melhor qualidade na satisfação das suas necessidades.

Assim, a relevância das intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado às mulheres mastectomizadas, justifica a realização deste estudo, tendo em vista um conhecimento mais amplo e objetivo desta área de intervenção, garantindo a adequação das ações em função das necessidades individualizadas da mulher mastectomizada, por forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem e consequentemente, melhorar o estado de saúde das mulheres mastectomizadas, na capacitação para o autocuidado e consequentemente, melhorar a preparação do regresso a casa e o confronto com as dificuldades inerentes e sem o suporte presencial dos enfermeiros.

Reforça-se assim a pertinência do estudo, num contributo diferenciador, para o autocuidado das mulheres submetidas a mastectomia, que potenciado conduzirá ao aumento da satisfação das mulheres mastectomizadas e consequentemente melhoria da qualidade.

2. METODOLOGIA DO ESTUDO

A investigação científica desenvolve-se no sentido de obter uma resposta imparcial, rigorosa e fidedigna a uma problemática. Assim, a questão de investigação é formulada no decorrer da imposição de um problema de investigação que tem origem na curiosidade e inquietudes por parte do investigador.

Segundo Gray et al. (2017), uma pergunta de investigação é uma afirmação concisa e interrogativa, redigida no presente que inclui um ou mais dos principais conceitos do estudo.

Consciente da problemática real e com o propósito de análise do problema e inerente possibilidade de intervir na melhoria dos cuidados de enfermagem, o diagnóstico da situação realizado permitiu identificar os problemas e progredir nas restantes fases. Neste sentido o estudo de investigação pretende dar resposta à seguinte questão orientadora do estudo: **Qual a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado?**

Na busca da melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem é imprescindível refletir sobre a prática clínica e o papel de cada interveniente, onde a definição de objetivos e o delinear do percurso e estratégias para os alcançar, são fundamentais. Assim, para dar resposta a esta questão foi definido como objetivo geral: Analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado. Como objetivos específicos definimos: Identificar as necessidades na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, no regresso a casa; Relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem prestadas.

O planeamento é uma ferramenta imprescindível para uma boa gestão utilizando-se para a promoção de uma mudança que se pretende de forma bem sustentada, tendo em atenção sempre os fatores que a podem condicionar. Neste sentido foi elaborado um cronograma inicial (Apêndice II) onde se prevê o caminho a seguir, entre a posição em que nos encontramos (inicial) e a posição a que pretendemos chegar (final), definindo o tempo necessário para efetuar este percurso e quais as regras a cumprir, os recursos disponíveis e necessários e a melhor forma de os utilizar (Nunes, 2016).

2.1. Tipo de Estudo

A pertinência do estudo prende-se com a temática da qualidade de cuidados, numa necessidade sentida em relação às intervenções de enfermagem para o autocuidado nas mulheres mastectomizadas e a sua real adequação às necessidades da cliente.

O desenho do estudo é o tipo de pesquisa selecionado para dar resposta à pergunta de investigação (Gray et al., 2017). Assim, este estudo incide sobre clientes singulares, providas de uma experiência própria e inseridas num determinado contexto que lhes é específico. Face à questão central que norteia a investigação e os objetivos enunciados, opta-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa de índole qualitativa, considerada a mais adequada para atingir um conhecimento profundo e abrangente do fenómeno em estudo.

A investigação qualitativa faz parte do paradigma naturalista ou interpretativo. O objetivo das investigações qualitativas é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência e permite explorar a profundidade e complexidade inerente à vida dos seres humanos (Gray et al., 2017). Pretende-se assim, explorar um assunto pouco conhecido ou pouco estudado do ponto de vista da significação, da compreensão ou da interpretação. A abordagem qualitativa não se prende com generalizações, princípios ou leis. Este tipo de abordagem procura antes a aquisição de um conhecimento profundo e holístico do fenómeno em estudo. Pretende-se assim produzir explicações contextuais, dando-se ênfase aos significados, mais do que à frequência dos fenómenos. Segundo Polit e Beck (2018), a metodologia qualitativa engloba os modos de inquirição sistemática, com vista à compreensão dos seres humanos e da natureza das suas transações consigo mesmas e com os seus arredores. As mesmas autoras chamam ainda a atenção para os aspetos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspetos na sua totalidade, nos contextos daqueles que a estão vivenciando (Hungler, Beck & Polit, 2018).

Este estudo, atendendo ao problema e à pergunta de investigação, enquadra-se no paradigma qualitativo, sendo exploratório e descritivo.

A compreensão que é obtida pela participação na investigação qualitativa proporciona a cada enfermeiro investigador ver a prática por lentes que são únicas; diz-nos que os estudos qualitativos se fundamentam num processo indutivo ao explorar e descrever as experiências oferecendo pontos de vista holísticos (Polit & Beck, 2018). É ainda esclarecido pela mesma autora que os pesquisadores qualitativos geralmente não planeiam fazer comparações em grupo porque a intenção é descrever ou explicar detalhadamente um fenómeno. No entanto, os padrões emergentes nos dados, por vezes, sugerem comparações esclarecedoras (Hungler et al., 2018).

Por sua vez a pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias que são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo acerca de determinado facto. Pesquisadores

qualitativos em enfermagem e outras profissões de saúde usam os métodos semi-estruturados, para reunir descrições de experiências relacionadas à saúde dos participantes. Estes métodos abertos e semi-estruturados incluem entrevistas (Gray et al., 2017).

2.2. Participantes do Estudo

A população de um estudo consiste no conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Sendo que se torna impossível aceder ao conjunto da população, estabelece-se a seleção de uma amostra. O processo pelo qual é selecionada a amostra denomina-se de amostragem. Tendo em conta a natureza qualitativa e exploratória do estudo, optamos por recorrer a um método não probabilístico. De entre estes, considera-se a amostragem de conveniência, uma vez que preconiza a seleção de clientes mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo (Polit & Beck, 2018).

Assim, a partir de uma população que compreende mulheres submetidas a mastectomia, procedeu-se à delimitação de um grupo de participantes. Assim considerou-se as mulheres submetidas a cirurgia, com mastectomia total, num centro hospitalar, em Lisboa, que ocorreu entre 1 de agosto a 31 de dezembro de 2021 e que aceitaram participar no estudo.

Segundo Polit & Beck (2018), na metodologia qualitativa o tamanho da amostra é definido em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem usada. A decisão de terminar a colheita de dados irá ocorrer quando os conteúdos das entrevistas se tornarem repetitivos, considerando ter-se atingido aquilo que as autoras denominam de saturação dos dados.

Ainda no processo de constituição do grupo de participantes do estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Assim, as participantes deverão obedecer concomitantemente, aos seguintes critérios de inclusão:

- mulheres submetidas a mastectomia no centro hospitalar no período definido;
- fossem seguidas em consulta de *follow-up* de senologia e/ou oncologia;
- com capacidade de decisão autónoma;
- com competência de comunicação.

Como critérios de exclusão definiram-se:

- mulheres com anterior dependência total no autocuidado;
- com défice cognitivo;
- com problemas neurológicos impeditivos da realização da entrevista.

2.3. Recolha e Tratamento de Dados

A estratégia de recolha de dados adotada para este estudo foi delineada tendo em conta os objetivos e a questão de investigação já enunciada.

Considerando os objetivos, o tipo de estudo e a problemática construída, elegeu-se a entrevista como um dos métodos de recolha de dados, uma vez que se revelou adequado, especialmente para o conhecimento de uma população quanto às suas características, ao seu nível de conhecimento, aos seus comportamentos, opiniões, sugestões e valores.

A entrevista é composta por duas partes distintas. A primeira destina-se à caracterização sócio demográfica, antecedentes pessoais e situação clínica da participante; a segunda, sob a forma de perguntas abertas, e tendo em conta as grandes linhas dos temas a explorar, visa a obtenção de dados relativamente às limitações físicas provocadas pela intervenção cirúrgica comprometendo o autocuidado, função motora e atividade profissional; à situação de transição vivenciada pela participante, nomeadamente a reação face ao diagnóstico, alterações a nível psicológico e processo de transição; perceção das intervenções de enfermagem no desenrolar deste processo, que contribuem para o autocuidado. As entrevistas pretendem ser realizadas a cada uma das participantes num único momento.

A construção do guião da entrevista (Apêndice III), suportado pelos resultados da pesquisa, será consubstanciado com as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado e elaboradas de acordo com os diagnósticos, em linguagem CIPE, uma vez que se trata da linguagem classificada utilizada no sistema de informação em enfermagem, utilizado no serviço onde as mulheres, são alvo dos cuidados de enfermagem após a mastectomia. Estabeleceu-se que cada entrevista deveria ter uma duração média de 30 minutos. Com a devida autorização das participantes, o registo da informação foi realizado com suporte de áudio, sendo posteriormente, realizada a sua transcrição.

Após o cumprimento da apresentação do estudo, com parecer favorável do Conselho de Administração (Apêndice IV) e autorização do Sr. Diretor do Serviço (Apêndice V), da Sra. Enfermeira Gestora do serviço (Apêndice VI), foi elaborado dossier de apresentação do estudo à Comissão de Ética do Centro Hospitalar (Apêndice VII). Com a obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar (Anexo I), foram solicitados dados ao Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica do Centro Hospitalar, através do Formulário de pedido de pesquisa da base de dados do Sistema de informação para a morbilidade hospitalar (SIMH), (Apêndice VIII), a lista correspondente aos critérios definidos.

A base de dados do Sistema de informação para a morbilidade hospitalar (SIMH), fornecida pelo Centro Hospitalar, comporta 32 mulheres internadas nesse período (Anexo II), e com base nesses dados foi realizada seleção aleatória para consulta de processos e extração de dados de contato. Numa primeira fase consideraram-se 25% de participantes

(N=8), dos quais se obtiveram 6 respostas positivas. Contudo, considerando a necessidade de saturação dos dados, foram estabelecidos numa 2ª fase mais 4 contactos aleatórios, com 2 respostas favoráveis o que resulta num total de 8 participantes, ou seja, 25% da população internada no período definido para o estudo (Anexo II).

Procedeu-se à realização de entrevista a uma mulher mastectomizada como pré-teste. O guião proposto pareceu responder aos objetivos do estudo, sendo considerado pertinente pelas entrevistadas e respondido sem grande dificuldade. No total foram realizadas 8 entrevistas semi-estruturadas, a mulheres, que após contacto telefónico para apresentação do estudo, aceitaram livremente participar no mesmo.

As entrevistas decorreram no período de 7 de Abril e 26 de Maio de 2022 e foram realizadas em ambiente tranquilo. Todas as entrevistas foram gravadas com conhecimento e autorização das entrevistadas, assegurando-se o carácter confidencial das informações fornecidas, numa duração que variou entre os 20 minutos e os 40 minutos. Em todas as entrevistas foi efetuada apresentação formal do estudo, com a caracterização e finalidade do mesmo.

Apesar de se ter partido das perguntas orientadoras constantes no guião das entrevistas, estas nem sempre foram realizadas pela ordem em que se encontravam. Às entrevistas permitiu-se o fluxo de ideias das participantes possibilitando a construção de um discurso livre a todas as mulheres podendo as próprias introduzir outros aspetos nos temas e aprofundar aqueles que considerassem mais pertinentes. Ou seja, na orientação das entrevistas foi tido em consideração as experiências do ponto de vista do informador pois, de acordo com Bogdan & Bilken, citado por Potra (2015) “o processo de condução de investigação qualitativa reflete uma espécie de diálogo entre os entrevistadores e os respetivos sujeitos” (p. 88). Assim, ao longo das entrevistas e visando o aprofundamento da compreensão do discurso dos entrevistados outras questões foram emergindo e que previamente já estavam definidas no guia como questões de aprofundamento.

Na etapa seguinte procedeu-se à transcrição integral, sendo cada entrevista identificada com o código P, respetivamente P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8. Apresenta-se em apêndice, uma entrevista realizada (Apêndice IX).

Após a recolha dos dados através das entrevistas e sua transcrição rigorosa e objetiva, procedeu-se à sua organização e sistematização. As entrevistas foram sujeitas à análise de conteúdo, definida por Bardin (2016) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A totalidade das oito entrevistas constitui o *corpus de análise* e a sua análise submetida a procedimentos idênticos, tendo seguido as três etapas cronológicas propostas por Bardin (2009) para a análise de conteúdo: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação.

Numa primeira fase, com base nas leituras flutuantes, as entrevistas foram sujeitas a uma primeira análise que permitiu a inventariação dos temas relevantes do conjunto, permitindo deste modo a elaboração de um esboço preliminar das áreas temáticas e do sistema de categorias possível, com base nos temas definidos no guião, mas também das que emergiram do discurso das entrevistadas.

O passo seguinte foi a codificação que se constitui como o processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo (Bardin, 2009). Para tal serviu de suporte as fases propostas por Amado (2000), ou seja, pela identificação das unidades de registo e as respetivas unidades de contexto, através de frase ou elemento de frase e o contexto em que foram proferidas as afirmações, respetivamente.

Mantendo presente o quadro conceptual e os objetivos desta investigação, foram definidas categorias à posteriori, num trabalho interpretativo e de reformulação permanente. Do mesmo modo se conseguiu chegar à elaboração de subcategorias, após as várias leituras atentas e cada vez mais minuciosas do corpo documental e tal como refere Potra (2015) por várias reformulações, *“num processo cíclico e iterativo que conduz a resultados cada vez mais refinados e definitivos”*. (Potra, 2015, p. 90). E tal como para a mesma autora *“todo o processo de codificação e de categorização foi pois recursivo e alvo de diversas reformulações, que obrigaram ao regresso permanente às entrevistas, tendo em vista o respeito pelo sentido do discurso”* (Potra, 2015, p.90).

Finalizada esta etapa, apresenta-se no capítulo Análise e Tratamento dos Dados, a análise de conteúdo.

2.4. Procedimentos Éticos e Deontológicos

A profissão de enfermagem é intrinsecamente baseada em princípios éticos que norteiam a prática dos cuidados (Gray et al., 2017).

Neste sentido considera-se essencial definir “ética”, clarificando o conceito apreendido em todas as suas dimensões. Segundo Thompson, Melia, & Boyd (2004), “a ética diz respeito ao estudo e à prática daquilo que é bom e correto para os seres humanos”, sendo portando uma disciplina que pretende formular regras que permitam distinguir o certo ou errado, o correto do incorreto, bem como permitir a “classificação de valores gerais e dos meios práticos necessários para assegurar o bem-estar, a saúde, a prosperidade e a felicidade das pessoas” (Thompson et al., 2004, p. 5).

O desenvolvimento de um trabalho de investigação pressupõe a inclusão de considerações de ordem ética e moral, dando desta forma, credibilidade a todo o processo de investigação e assegura que evidências válidas da pesquisa sejam desenvolvidas para a

prática, reforçando assim que, sem a existência de um código de conduta comprometeria todo o processo (Gray et al., 2017).

No que se refere ao contexto específico dos cuidados de saúde, existem princípios éticos fundamentais que devem estar presentes invariavelmente nos processos de tomada de decisão. Estes princípios estão explanados na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013). Isto significa que qualquer tomada de decisão e, conseqüentemente, cada ação, tenha subjacente: “proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos participantes” (World Medical Association, 2013, p. 1).

Especificamente em relação aos trabalhos de investigação, o Relatório de Belmont refere que são necessários três princípios éticos a ter em conta para a realização dos mesmos: a beneficência; o respeito pela dignidade humana; e a justiça (Gray et al., 2017; Polit & Beck, 2018). O princípio da beneficência impõe aos investigadores que façam o bem e evitem causar danos (Gray et al., 2017), produzindo benefícios para os participantes (Polit & Beck, 2018). O respeito pela dignidade humana sustém que os participantes têm o direito à autodeterminação e à liberdade de participar ou não no estudo (Gray et al., 2017). O terceiro princípio do Relatório de Belmont, é o da justiça, que refere que os participantes do estudo têm direito a um tratamento justo e direito à privacidade (Gray et al., 2017; Polit & Beck, 2018).

Assim, realizar pesquisas eticamente requer proteção dos direitos humanos dos sujeitos envolvidos no estudo, o respeito pelos direitos dos participantes, nomeadamente o direito ao anonimato e confidencialidade (Bowling, 2014), ou seja, os participantes do estudo e os dados por eles fornecidos serão mantidos em sigilo, e em momento algum os participantes serão identificados (Gray et al., 2017; Polit & Beck, 2018). Deste modo, considera-se fundamental a inclusão do Consentimento Informado Livre e Esclarecido, salientando-se o caráter anónimo, confidencial e voluntário da sua participação no estudo e a total liberdade e direito para recusar colaborar em qualquer momento do processo de investigação.

A realização do estudo foi conduzida seguindo o Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), especificamente:

- no artigo 85º - do dever de sigilo, onde o enfermeiro no exercício da sua profissão deve guardar segredo profissional sobre o que tem conhecimento das clientes e família, seja qual for a fonte deste, partilhando informação pertinente só com os outros profissionais implicados no plano terapêutico.

Como análise prévia ao trabalho de construção do guião deste projeto, foi necessário observar os registos de enfermagem, no SClinico, de doze processos de clientes internados no mês respetivo, durante 6 meses consecutivos, para verificação da presença de diagnósticos de conhecimento e capacidade do cliente e sua evolução ou não, visando

apenas a contabilização da modificação positiva de diagnóstico nesta área. Não tendo sido retirada mais qualquer outra informação.

- no artigo 90º - dos deveres para com a profissão, mantendo no seu desempenho um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão, ou seja, ser solidário com os outros elementos da mesma profissão, focando-se no respeito pelo outro, na partilha de conhecimentos e saberes interagindo na busca de melhores cuidados, devendo abster-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa aos colegas.

O comportamento adotado pelo investigador seguiu estes pressupostos durante as várias fases do estudo, em concreto na consulta em SClínico para a obtenção de dados, para atingir os objetivos propostos, onde é exemplo a consulta de contactos para o convite à participação no estudo e no fornecido do consentimento informado e esclarecido, aos participantes do estudo, incluído no guião da entrevista (Apêndice II) e que mostraram disponibilidade para participar no mesmo.

No final do trabalho e posterior publicação do mesmo, a base de dados fornecida será destruída.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo tem o propósito de apresentar, analisar e discutir os dados obtidos em função dos objetivos traçados.

Assim, com base nas entrevistas realizadas, apresenta-se a caracterização das participantes no estudo, no Quadro 1 e no Quadro 3, sendo que no primeiro se refere à caracterização sociodemográfica e no segundo à caracterização clínica. Consideraram-se as seguintes variáveis de caracterização: a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, os coabitantes, a atividade laboral e a situação atual relativa ao trabalho. Para assegurar a privacidade das participantes do estudo, foram utilizados letras (P) e números ordenados por ordem cronológica, considerando as mulheres participantes no estudo como P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8 (Vieira, 2004).

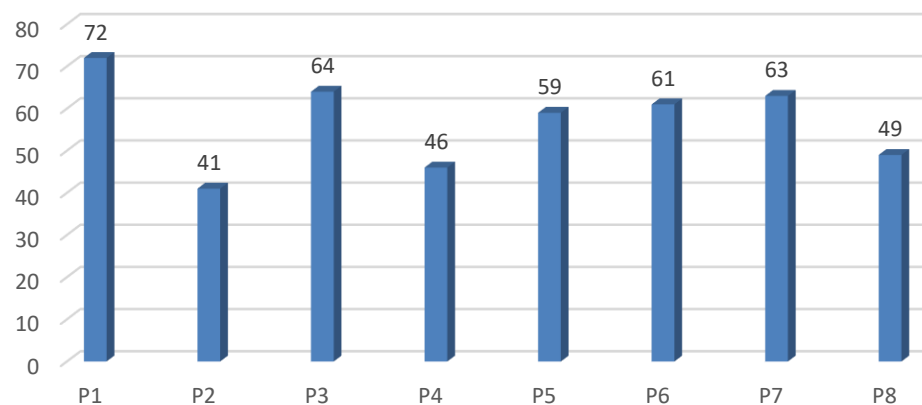
Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica das Participantes do Estudo

Participantes	Idade	Estado Civil	Nível de Escolaridade	Co-habitantes	Atividade Laboral	Situação Relativa ao Trabalho
P1	72	Casada	7º Ano antigo	Marido	Auxiliar de Ação Educativa	Aposentada
P2	41	Casada	Mestrado	Marido+2 filhos menores	Musicoterapeuta/Educação Especial	Teletrabalho
P3	64	Viúva	9º Ano	Vive Sozinha	Auxiliar de Ação Educativa	Baixa Médica
P4	46	Divorciada	12º Ano	Vive com a Mãe	Administrativa na Delta Cafés	Baixa Médica
P5	59	Divorciada	12º Ano	Vive Sozinha	Administrativa em escritório	Baixa Médica
P6	61	Divorciada	Licenciatura Desporto	Casa da filha+genro+neta	Personal trainer	Baixa Médica
P7	63	Casada	5º Ano	Marido+filho+neto menor	Cabeleireira	Desempregada
P8	49	Divorciada	12º Ano	Ex-Marido+2 filhas+mãe+sogra	Esteticista	Trabalha por conta própria

Na análise sócio demográfica e de acordo com o explanado no Quadro 1, as participantes no estudo são em número oito (n=8), numa representatividade heterogénea em função das variáveis definidas para este estudo.

Com a obtenção dos dados, foi possível construir o Gráfico 1 – Idades das Participantes e o Gráfico 2 – Estado Civil das Participantes, permitindo aclarar a análise e tornar mais explícitos os dados da amostra do estudo.

Gráfico 1 - Distribuição das Participantes por Idades



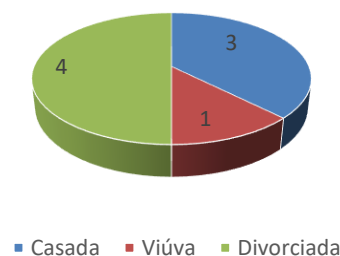
A sua análise permite concluir que se se trata de uma amostra cuja média de idades se situa nos 56,9 anos, inferior à mediana (60 anos), com uma distribuição amodal e cujo desvio padrão é 10,63, encontrando-se em concordância com dados mais recentes, em que a taxa de incidência aumenta consideravelmente com a idade até aos 70, ocorrendo cerca de 60% dos casos entre os 45 e os 69 anos (RON, 2021).

Quadro 2 – Distribuição das Participantes por idades

Participantes	N	%	Média	Mediana	Mínima	Máxima	Desvio Padrão
P1 a P8	8	100%	56,9	60	41	72	10,63

A participante mais nova tem 41 anos e a que tem mais idade, é uma mulher com 72 anos (Quadro 2 e Gráfico 1), sendo na sua maioria divorciadas (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição das Participantes pelo Estado Civil



O nível de escolaridade corresponde à escolaridade obrigatória, para as suas idades, sendo apenas 3 participantes com escolaridade inferior ao 12º ano. Em relação aos coabitantes, são em número dois (2) as participantes que vivem sozinhas e as restantes seis (6), vivem acompanhadas. No que diz respeito às suas profissões, estas apresentam-se num universo diversificado, em que duas (2) são administrativas, duas (2) Auxiliares de Ação

Educativa, duas (2) Cabeleireira/Esteticista e duas (2) com profissões diferenciadas em função da sua escolaridade de nível superior, sendo estas últimas as que se mantêm com uma situação relativa ao trabalho ativas e as restantes, quatro (4) em regime de baixa médica, uma (1) desempregada e uma (1) já aposentada.

Relativamente à caracterização clínica das participantes do estudo (Quadro 3), consideraram-se as variáveis: data da cirurgia, data do regresso a casa, nº de dias de internamento e tipo (s) de tratamento (s) que foi/foram realizado (s).

Quadro 3 – Caracterização Clínica das Participantes do Estudo

Participantes	Data da Cirurgia	Data do Regresso a Casa	Nº Dias de Internamento	Tipo(s) de Tratamento(s) realizado(s) ou a realizar
P1	24-11-2021	04-12-2021	11 Dias	Cirurgia: Mastectomia Radical Modificada à direita + Quimioterapia
P2	03-08-2021	06-08-2021	4 Dias	Cirurgia: Mastectomia Radical Modificada a esquerda
P3	03-09-2021	08-09-2021	6 Dias	Cirurgia: Mastectomia Radical Modificada a esquerda + Radioterapia
P4	05-11-2021	09-11-2021	5 Dias	Cirurgia: Mastectomia bilateral + Reconstrução com prótese e matriz + Radioterapia
P5	28-09-2021	06-10-2021	9 Dias	Cirurgia: Mastectomia simples e esvaziamento ganglionar esquerdo + Reconstrução com expensor à esquerda
P6	03-12-2021	06-12-2021	4 Dias	Cirurgia pós Quimioterapia: Mastectomia Radical Modificada a esquerda
P7	10-09-2021	17-09-2021	8 Dias	Cirurgia: Mastectomia simples + GS negativo
P8	20-08-2021	24-08-2021	5 Dias	Cirurgia: Ressecção da Mama Direita, com colocação de expensor submuscular.

A análise dos dados permitiu destacar que as participantes estiveram internadas por um período médio de 6,5 dias, superior à mediana, que foram 5,5 dias. Os internamentos mínimos foram de 4 dias e a participante que esteve mais dias internada foi a P1, com 11 dias de internamento no hospital, com posterior regresso a casa, sendo o desvio padrão de 2,4 (Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição das Participantes por dias de internamento

Participantes	N	%	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
P1 a P8	8	100%	6,5	5,5	4	11	2,4

Com a caracterização das participantes e respetiva análise, integrada na etapa cronológica da Pré-análise proposta por Bardin (2016), como se explicita na Figura 1, centrada nas entrevistas com a recolha de dados, sua transcrição e posterior organização e sistematização dos mesmos.

Figura 1 - Fases da Análise de Conteúdo de Bardin (2016)



Fonte: Júnior & Batista (2021), Gaspi & Magalhães Júnior (2020), Bardin (2016); Silva & Fossá (2015).

As entrevistas foram sujeitas a uma análise de conteúdo que é considerado por Bardin (2016:93), [“um recurso para tirar partido de um material dito “qualitativo”], considerando as entrevistas como indispensáveis e que “fornecem um material verbal rico e complexo”. Os dados qualitativos são também considerados por Júnior & Batista (2021, p. 297) “repletos de subjetividade e simbolismo tornando-se bastante desafiadora” a sua análise. Neste sentido e numa ótica de rigor e maior objetividade do conteúdo das mensagens, considerou-se, tal como no estudo desenvolvido por Potra (2006) “a possibilidade de aprofundar a compreensão dos

fenómenos em estudo, à custa de inferências interpretativas, derivadas quer do quadro conceptual, quer do contexto de produção dos discursos dos actores” (p. 73).

As leituras flutuantes realizadas em diferentes tempos de análise, permitiram a elaboração preliminar das áreas temáticas e possíveis categorias e subcategorias, que se apresentam no Quadro 5 e que se constituíram como grelha de análise final das entrevistas. Para tal foi fundamental a construção do Quadro de Análise das Entrevistas das Participantes em Temas, Categorias e Subcategorias (Apêndice X), onde se organiza e analisa as entrevistas e se apresenta a transcrição dos relatos das participantes, que sustentaram e emergiram a sua subcategorização no Quadro Síntese de Análise das Entrevistas (Apêndice XI).

Quadro 5 – Definição de temas, categorias e subcategorias decorrentes das entrevistas das participantes

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
O Cuidado Sensível	Dificuldades da mulher Mastectomizada	Presença de Dor
		Significado do Cancro
		Alteração da Auto-Imagem
		Limitação Física e/ou Complicações
	Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária	Aprendizagem e Treino de Habilidades
		Ensino e Informação em Folhetos
		Família/Cuidador
		Recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais
Intervenções de Enfermagem	Orientações para o Autocuidado	Cuidados de Higiene
		Vestir e Despir
		Alimentar, Posicionar e Transferir
		Reeducação Funcional
		Cuidar da Casa e Regresso ao Trabalho
	Sistematização dos Cuidados para a Alta	Organização e Uniformização dos Cuidados
		Humanização dos Cuidados
		Orientações para a alta
Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Cuidados Relevantes de Enfermagem	Cuidados Individualizados
		Prevenção e Controlo da Infecção
		Continuidade dos Cuidados
	Resposta às Necessidades	Olhar Clínico/Atenção Permanente e Cuidada
		Articulação entre Profissionais
	Segurança do Cliente	Gestão e Segurança do Cliente
	Satisfação do Cliente	Cuidados Prestados
		Formação e Educação dos Profissionais

As oito entrevistas realizadas constituem o *corpus de análise*, onde o discurso das participantes e o quadro conceptual apresentado, permitiram definir três temas centrais: **O Cuidado Sensível, As Intervenções de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.**

Com base nas respostas dadas pelas participantes, integradas nos temas definidos, emergiram as categorias e subcategorias (Quadro 5), que em análise se segue a sua apresentação. De salientar ainda a necessidade de exploração de algumas subcategorias, constituindo indicadores que permitem, como refere Potra (2006, p. 78) “áreas de análise cada vez mais fina”.

Tema - O Cuidado Sensível

No tema definido como **Cuidado Sensível** associado ao cuidar de clientes submetidas a cirurgia mamária, por cancro, emerge numa área fulcral da enfermagem que requer perícia e desenvolvimento de competências específicas. Esta abordagem permite estabelecer um diagnóstico rigoroso, com exigência nas etapas seguintes do processo de enfermagem dirigidas à cliente na sua individualidade, tal como é referido por Nicolau (2015, p. 36) “os procedimentos técnicos acompanham a sensibilidade em perceber, avaliar, agir, cuidar, tratar e orientar de modo participativo, sendo humano e ético”.

A complexidade do cuidar em enfermagem, envolve uma vertente objetiva dos cuidados diretos, prestados ao cliente, isto é, na competência técnica e científica, mas também envolve uma vertente afetiva e subjetiva na avaliação de sinais e sintomas, onde a sensibilidade do profissional e por vezes, como é referido no estudo de Nicolau (2015), a necessidade de “distanciamento, talvez para se protegerem de sentimentos advindos de uma situação de mutilação”, (p. 37), que pode condicionar o cuidado atento e sensível, ao nível relacional.

Assim, a análise das respostas das participantes do presente estudo permitiu emergir duas categorias: Dificuldades da Mulher Mastectomizada e Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária.

A valorização e pormenorização dos relatos das participantes nestas categorias, tornou necessária a estruturação em subcategorias, que permitem explicar com maior rigor e exatidão a opinião sobre as vivências das participantes, em contexto hospitalar e após serem submetidas a cirurgia mamária, o que remete para significados tão importantes.

Neste sentido passa-se a expor os resultados da análise dos relatos das participantes, em função das categorias identificadas.

Categoria - Dificuldades da Mulher Mastectomizada

A análise mais detalhada permite sectorizar a categoria Dificuldades da Mulher Mastectomizada e nela sobressaíram as seguintes subcategorias: Presença de Dor;

Significado do Cancro; Alterações da Auto-Imagem e Limitação Física e/ou Complicações, que se passam a analisar.

As dificuldades da Mulher Mastectomizada são referidas na literatura como impeditivas do retomar do autocuidado e neste sentido houve por parte das participantes a pormenorização das mesmas, identificando-as como fatores que condicionavam as ações do autocuidado. Daí ter sido significativo a construção de subcategorias que resultam dos relatos das participantes e se tornou benéfico na análise do conteúdo que permite dar contributos para o tema definido em epígrafe. Ainda que nos relatos se denotem atribuições de importâncias distintas às subcategorias identificadas, elas merecem o seu relevo pelo respeito à individualidade e especificidade de tratamento em que se encontram inseridas, o que vem atestar os resultados da pesquisa bibliográfica.

Assim, apresenta-se no Quadro 6 a distribuição da categoria Dificuldades da Mulher Mastectomizada, apresentadas nos relatos das participantes em estudo.

Quadro 6 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Dificuldades da Mulher Mastectomizada

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
O Cuidado Sensível	Dificuldades da mulher Mastectomizada	Presença de Dor	*		*	*	*	*	*	*
		Significado do Cancro		*	*	*	*	*	*	
		Alteração da Auto-Imagem		*	*			*	*	
		Limitação Física e/ou Complicações	*		*	*	*	*	*	

Subcategoria - Presença de Dor

A dor, considerada como o 5º sinal vital (DGS, 2003), encontra-se presente na grande maioria das clientes submetidas a intervenção cirúrgica por cancro da mama (Breda, 2019). De acordo com o documento elaborado pelo Grupo Dinamizador dos PQCE – Dor 5º Sinal Vital do IPOLFG, E.P.E. “nos doentes oncológicos a dor é dos sintomas com maior prevalência e um dos aspectos mais temidos” (Castanheira et al., 2015, p. 8) e acrescentam ainda que “o inadequado controlo sintomático da dor tem impacto negativo nas diferentes dimensões do viver humano: qualidade de vida, estado funcional, autocuidado, percepção sobre o estado de saúde, função cognitiva, sexualidade” (Castanheira et al., 2015, p. 8).

A presença de dor e o seu impacto, foi identificada pela maioria das participantes, como uma dificuldade, à exceção de uma que refere mesmo: “*Não senti dores, nenhuma com a cirurgia...*” (P6), sendo nalguns casos considerada como verdadeiramente incapacitante, “*(...) fui com medicação para as dores e mesmo assim, sentia-me muito limitada (...) É um*

painel de dores...” (P5); “(...) *mexer o braço doía-me bastante (...) tinha falta de elasticidade e tive muitas dores mesmo é foi muito limitante enquanto tive dores...*” (P8).

De acordo com Pergolizzi, Gharibo & Ho (2015), citado por Breda (2019, p.7) “a abordagem ao doente com dor deve ser precoce, eficaz e segura de forma a diminuir o impacto negativo que esta tem na vida do doente e possivelmente prevenir a evolução da dor aguda para dor crónica” e estão cada vez mais presentes nas clientes, as estratégias de alívio da dor, sobressaindo nos relatos: “...*hoje estou com tanta dor, mas eu ajudo*” (P3) “*Tinha dores e as dores, por exemplo, quando tenho mais dores, faço isso e alivia* (P7)”, bem como sobre o que desencadeia agravamento da dor: “...*tenho sentido algumas dorezinhas que atribuo ao esforço...*” (P4).

Cabe aos profissionais de saúde transmitir essa informação e tranquilizar em relação aos vários meios disponíveis para o alívio da dor, com benefícios no bem-estar, mas também na adesão ao regime terapêutico e nas ações de autocuidado.

Subcategoria - Significado do Cancro

Dentro das doenças crónicas, o cancro altera indubitavelmente todos os aspetos da vida da cliente e pode comprometer a capacidade e habilidade para o autocuidado (Pinto, 2018; Silva, Ferreira & Pereira, 2018).

Enfrentar uma doença como o cancro da mama, causa grande impacto na vida das pessoas, tanto na cliente como na sua família e têm frequentemente manifestações de medo, raiva, angústia, ansiedade, desde o diagnóstico da doença até ao pós-tratamento (Franco, Anjos & Ribeiro, 2021). O significado do cancro atribuído por cada participante mostrou-se efetivamente muito diversificado. Contudo alguns relatos, na sua globalidade, foram demonstrativos do impacto que continua a ter na vida das pessoas. Foram impactantes alguns relatos, como “*E eu recebi mal, não aceitei. Custou muito a aceitar ele dizer-me que tinha um cancro, não é?*” (P3); ou “*Olhe estou aflita, porque nos assalta muita coisa á cabeça (...) E pronto e a gente entra ali um bocadinho no desespero e às vezes um telefonema bastava... isto é uma doença que apanha todos desprevenidos*” (P5).

A tomada de consciência sobre o significado de cancro na mulher com doença oncológica mamária, “não se confina, como é frequente encontrar, a um conjunto de aspetos psicológicos” (Silva et al., 2018, p. 27). E neste sentido é meritória a capacidade de enfrentar o problema e desenvolver estratégias, explicitadas nas frases das participantes: “...*neste caminho que é longo e temos de ultrapassar*” (P2) e, “*Mas tento sempre sair para não estar a pensar na doença*” (P7), ainda que surjam as dúvidas, a angústia e a impotência, patente na frase “*Porque o cancro tem muito disso, nós estamos doentes entre aspas, e não nos sentimos doentes, não*” (P6).

Contudo sobressai “o silêncio” na abordagem do tema, por parte de algumas participantes, não tendo surgido em nenhum momento este assunto ou em contrapartida uma

participante que tem uma posição de total desvalorização “...o cancro da mama a mim não me assustou. Não há aqui aquela situação de drama de me ter faltado o chão, de ser o fim do mundo e psicologicamente, como é óbvio, assusta o ter um cancro, como é óbvio, não é?” (P4), não tendo sido possível explorar tal descrição.

Subcategoria – Alteração da Auto-Imagem

A mama tem um elevado significado na cultura ocidental, no que confere à sexualidade e sensualidade, constituindo uma parte importante na valorização social, integrando um componente de relevância na identidade pessoal (Lago, Andrade, Nery & Avelino, 2015). Nos últimos anos, muitas têm sido as abordagens às alterações da auto-imagem nas mulheres mastectomizadas (Merêncio & Ventura, 2020; Lago et al., 2015; Camões, 2014). Esta realidade ou ainda a dificuldade na abordagem e os recursos de que dispomos para atenuar os efeitos da cirurgia por cancro da mama, tenham sobressaído em menor relevo nas dificuldades sentidas pela mulher mastectomizada: “...a imagem corporal e depois de ver também a cicatriz, como Eu tinha ficado” (P2); “Porque pronto é uma amputação, não é? a questão de estar preparado psicologicamente para passar por isso tudo é o maior desafio, sim” (P6); “Disseram-me que pronto, que eu ia ficar sem o peito e que e que pronto que ia ficar e eu na altura chorei porque fiquei comovida” (P7).

As competências científicas e relacionais dos enfermeiros permitem agir com empatia, numa atuação de forma direta nos cuidados, construir vínculos, proporcionar conforto, ajudar no desenvolvimento da capacidade de superação das mulheres, bem como na propagação do conhecimento, através de ensinamentos, em diversos aspetos que a doença abrange (Franco et al., 2021). Tais competências dos enfermeiros permitem ajudar na capacitação para o desenvolvimento de estratégias de adaptação à mudança, perante uma alteração significativa da imagem da cliente, como patente no relato, “Mas depois pus-me a pensar, falei com ele, ele é uma pessoa muito compreensiva e disse, não, realmente se eu não for daqui preparada, lá em casa, não tenho ninguém. Como é que eu faço, não me olho mais ao espelho na vida” (P3).

Subcategoria – Limitação Física e/ou Complicações

A experiência da cirurgia pode ser de grande importância independentemente se alguns atos cirúrgicos possam ser considerados como procedimentos menores. De acordo com o estudo de Carretas & Fonseca (2018, p. 44), “as pessoas em processo cirúrgico, por estarem numa situação de saúde-doença, vivenciarem o período peri-operatório e estarem sujeitas a mudanças físicas, psicológicas ou sociais, complicações pré-operatórias e outras condições inerentes à hospitalização, estão também numa situação de maior fragilidade e vulnerabilidade”.

A atualidade preconiza a cirurgia conservadora e neste sentido, reduzir as complicações físicas e psíquicas nas mulheres com cancro da mama (Franco et al., 2021 e Scofano et al., 2020). Contudo, as complicações de natureza física, nomeadamente a dor, as parestesias da região axilar, a diminuição da força, a limitação da amplitude de movimento do ombro e o linfedema, são manifestações significativamente prevalentes após a mastectomia, que se refletem diretamente na sua recuperação funcional com implicações diretas na qualidade de vida das mulheres (Rodrigues, 2017).

Sobressaem no período pós-operatório, limitações físicas que são identificadas pelas participantes, como condicionantes à recuperação e compreensivelmente comprometedoras das ações de autocuidado, como referem estas participantes *“...porque fiquei com o braço preso”* (P1); *“O braço só mexe a parte de baixo do cotovelo”* (P3); *“A limitação física é muito, muito grande. Estamos a falar, para mim é muito grande no sentido de que uma simples cadeira, eu estar sentada a trabalhar e já não poder empurrar com os braços para me movimentar na cadeira, que é uma coisa básica”* (P4); *“Não, não mexia o braço. Eu tinha aqui este tendão que estava completamente... saía, saía este tendão daqui e aqui também, da axila e no cotovelo”* (P5); *“... eu tinha alguma limitação para estender a roupa na corda quando tinha que elevar muito o braço”* (P6).

O estudo de Rodrigues (2017) refere a probabilidade de complicações pós-operatórias proporcionais à extensão cirúrgica. O autor supracitado explicita ainda que, as complicações “podem ser locais, sistémicas, imediatas ou posteriores à cirurgia” (Rodrigues, 2017, p. 33), presente nos relatos das participantes, nomeadamente: *“...tenho um bocadinho de dificuldade na parte dos movimentos, a andar”* (P1); *“Eu sinto-me muito cansada”* (P3); *“Porque eu também fiz um hematoma enorme na axila”* (P5); *“porque sinto a mão mais inchada”* (P7); *“ao facto de eu ser gorda, porque pesa e não me consigo endireitar da mesma forma do que quando era magra, isso eu tenho a perfeita noção”* (P8).

Categoria - Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária

Integrado no tema do Cuidado Sensível, emergiu uma segunda categoria a que se atribuiu a designação de Necessidades da Mulher Mastectomizada e que resultou da análise de conteúdos referidos pelas participantes associando os aspetos que consideraram ser importantes e facilitadores da promoção do autocuidado, na fase após a cirurgia e perante as dificuldades sentidas.

Após a mastectomia a equipa multidisciplinar deve estar atenta para as complicações e traçar, em conjunto com as necessidades identificadas pela cliente, um plano de intervenção, promotor da adaptação da mulher à nova condição de saúde/doença (Silva et al., 2018; Trescher, 2019; Scofano et al., 2020).

Com base no conteúdo das entrevistas e em análise, com a evidencia científica sustentada pelas referências bibliográficas, foram definidas cinco subcategorias que

permitiram englobar esses aspectos referidos nas entrevistas: Aprendizagem e Treino de Habilidades; Ensino e Informações em Folhetos; Família/Cuidador e Recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
O Cuidado Sensível	Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária	Aprendizagem e Treino de Habilidades	*	*	*	*	*	*	*	*
		Ensino e Informações em Folhetos	*	*	*	*	*	*	*	*
		Família/Cuidador	*	*	*	*	*	*	*	*
		Recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais	*	*	*	*	*	*	*	*

Subcategoria – Aprendizagem e Treino de Habilidades

A análise das entrevistas evidenciou a tomada de consciência das participantes em relação à transição para um estado de maior fragilidade, com limitação física e nalguns casos com complicações, sentindo dependência e necessidade de cuidados, onde os profissionais de saúde assumem um papel necessário, preponderante e diferenciador, com o desenvolvimento de intervenções de aprendizagem e treino e recurso às melhores práticas, melhores recursos e na implementação dos últimos avanços científicos e tecnológicos ao serviço da sua saúde.

O confronto com uma neoplasia da mama e a inevitabilidade da cirurgia mamária, com as limitações e complicações já descritas, torna imperiosa a necessidade de cuidados de enfermagem, onde a aprendizagem e o treino de habilidades se encontram em consonância com as boas práticas (Scofano et al., 2020; Trescher et al., 2019; Silva et al., 2018).

Foi bem explícito nos relatos das participantes as informações associadas à mobilização do membro superior homolateral, comumente integrado nas maiores preocupações e causadora de ansiedade, fazendo sobressair a valorização destas intervenções de aprendizagem e treino: “...como é que devia de fazer para poder mobilizar e poder fazer a vida normal” (P1); “...a gente tem de mexer um braço, porque senão se atrofia mas por outro lado, não poder movimentar o braço normalmente porque acaba de ter uma cirurgia” (P2); “Queriam que andasse com o braço aqui, como as varinas andam, com a mão à cintura” (P3); “Tinha que dormir com uma almofada dobrada para apoiar o braço” (P5); “Sim, não levantar muito o braço, isso disseram-me... Isso elas ensinaram-me e eu comecei a fazer sempre” (P7).

Frequentemente estas mulheres têm alta ainda com sistema de drenagem, “(...) *explicaram tudo a nível do dreno, como utilizar, como limpar o dreno*” (P4), benéfico na diminuição do risco de infecção nosocomial e na reintegração precoce no ambiente familiar e social. Contudo e tal como é corroborado por Carvalho, Santos, & Linhares (2012, p. 489), as clientes “passam a necessitar de orientações amplas sobre os cuidados com esse sistema no pós-operatório para que assumam a capacidade de se autocuidar com segurança”.

Subcategoria – Ensino e Informação em Folhetos

O recurso a material escrito e para treino, reforça o ensino efetuado pelos enfermeiros e tem grande valor para as mulheres mastectomizadas, pois permite que elas possuam informações necessárias em relação aos cuidados e neste sentido, empoderá-las para o autocuidado, na perspetiva de apoio para a educação em saúde (Trescher et al., 2019; Silva et al., 2018).

Neste sentido sobressaem nos relatos das participantes, o que é também referido por Trescher et al. (2019), a necessidade de construção de instrumentos que registem informações às mulheres e facilitem a compreensão dos cuidados a serem realizados e dá exemplos como folhetos, aplicativos e jogos, entre outros.

Segundo Bordallo, Teixeira e Silvino (2013, p. 7114) “dispor de material educativo e instrumentos facilita e uniformiza as orientações a serem absorvidas, com vista ao cuidado em saúde”. Deste modo é possível destacar nos relatos das participantes a valorização das intervenções de enfermagem dirigidas aos ensinos, na sua maioria ávidas de saber a melhor forma de se autocuidarem, sem prejuízo na sua recuperação e no seu futuro: “*Durante o internamento fui ajudada (...) deram-me um papelinho onde dizia várias coisas e uma delas era não passar a ferro*” (P1); “*...seria depois uma forma de relembrar a informação que tinha sido transmitida. (...) dão uns livrinhos e estão quase todas as dúvidas nesse livrinho, então achei muito pratico isso*” (P2); “*...mas também a pôr o creme. Como é que devia fazer para não cair. Eles lembravam-me que não podia esticar o braço*” (P3); “*...tudo o que foi indicado ajudou, explicar como funcionar com os drenos*” (P4); “*A informação dos movimentos que se pode fazer, é clara e até nos deram uns panfletos com os movimentos que podia fazer*” (P5); “*Recebi um folheto que eu trouxe para casa (...) Eu acho que a informação que nos é passada lá, é suficiente para nós retomarmos as nossas atividades no dia a dia*” (P6); “*...lá é que me deram um livrinho, não é? Para ver e para ler*” (P7); “*...mas vim com toda a informação e ela esteve presente nalgumas vezes, elas ensinavam*” (P8).

Compreende-se, nesse sentido, e tal como refere Trescher (2019, p. 1292), “quanto mais informada a mulher estiver, melhor qualidade de vida, capacidade de enfrentar o problema e tomada de decisão para o autocuidado de que iria necessitar”. Contudo é importante realçar, tal como refere Carvalho et al. (2012, p. 490) “que os folhetos explicativos

não substituem a função ou o papel do profissional (...) devem ser considerados mais uma etapa importante na sistematização da assistência de enfermagem que direciona o plano e a implementação das ações”. A explicitação dos documentos pelos enfermeiros é ainda um contributo na valorização e adesão aos mesmos reduzindo relatos como: “...documento escrito deram-me uma data deles, mas eu para ser sincera, acho que nem li” (P8).

Subcategoria – Família/Cuidador

O confronto com a doença, bem como a necessidade de tratamentos tão lesivos como o são a cirurgia, a quimioterapia ou a radioterapia, desencadeiam fragilidade emocional e física. As mulheres nesta vivência, “necessitam de apoio familiar e do profissional de saúde para ajudá-la na aceitação e continuidade do tratamento” (Franco et al., 2021, p. 12).

O estudo de Trescher (2019, p. 1291) considerou a importância da família neste contexto ao referirem “os acompanhantes no período peri operatório como uma necessidade psicológica, que contribui para a saúde emocional”. A discussão dos resultados do estudo do mesmo autor, salienta ainda que a presença de uma pessoa de confiança, normalmente um familiar, pode fazer diferença no sucesso do tratamento da mulher mastectomizada, fazendo com que a cliente se sinta mais protegida e acolhida, aceitando, com maior facilidade, os procedimentos pelos quais terá de passar (Trescher, 2019).

A presença e o acompanhamento de elementos da família são referidos pelas participantes como importantes e diferenciadores em todo o processo de doença. São na sua maioria cônjuge, filhos e noras os familiares que mais se encontram presentes neste processo de doença: “...tinha o apoio do meu marido” (P1); “A minha irmã viajou especificamente para me dar apoio porque o meu marido estava a tratar dos miúdos e no trabalho” (P2); “A minha filha é um general autêntico. Ela esteve quatro semanas comigo” (P3), “...pontualmente recorrer a um familiar para algo inesperado, para subir ou para trepar e apanhar alguma coisa que estivesse numa prateleira mais afastada” (P4); “...e, portanto, fui para casa deles (Filho e nora). A minha nora é que tratou de mim” (P5); “...a filha ajudou-me e muito preocupada na questão da água e não sei quê” (P6); “Era à minha filha e ao meu marido (...) estava cá a minha filha sempre a ajudar-me” (P8).

No entanto, a alta hospitalar gera na família um sentimento ambíguo, o que é reforçado no estudo de Carvalho et al. (2012, p. 490), “ao mesmo tempo em que se sente feliz e aliviada por ver o seu ente voltar a casa, sente medo e insegurança de cuidar do mesmo.” Paralelamente ao presente estudo, sobressai o relato que evidencia a realidade dos medos e receios da família, também: “O meu filho nem sequer sabia o que é que me poderia fazer (...) A gente não sabe como há-de ajudar... Família fica muito envolvida, mas com medo” (P5). Encontra-se também patente no estudo de Bordallo et al. (2013, p. 7112), referindo que “em muitas situações, a família fica tão abalada com a doença e seus tratamentos que não tem capacidade de oferecer o apoio de que a mulher necessita”. Entende-se assim que a família

também deve ser incluída nos cuidados e bem orientada pelos profissionais de saúde, capacitando-os a dar o suporte adequado à mulher mastectomizada (Merêncio & Ventura, 2020 e Scofano et al., 2020).

É ainda importante a identificação precoce das necessidades de apoio social, uma vez que nem sempre a rede familiar se encontra capacitada e disponível para a assistência que estas mulheres necessitam e que foi possível este confronto com o relato *“Em minha casa, o meu marido, ajudava-me naquilo que ele podia, quando chegava. Eles ajudavam-me naquilo que podiam (...) como é que hei-de dizer, não tinha assim muito acompanhamento familiar, pronto”* (P7). O estudo de Carvalho et al. (2012), clarificava esta realidade na assistência centrada nas necessidades da mulher mastectomizada e na escuta ativa envolvendo a rede de apoio social.

É igualmente concluído no estudo de Silva et al. (2018, p. 32) que “o envolvimento de elementos familiares/significativos é valorizado, aumentando o a adesão das mulheres ao plano de tratamento”.

Subcategoria – Recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais

Esta subcategoria integra as intervenções de planeamento da alta, onde a identificação dos recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais são fundamentais para o sucesso no regresso a casa da mulher submetida a mastectomia.

O percurso da mulher com cancro da mama é envolto em necessidades de recursos de saúde, desde o diagnóstico, passando por todos os tratamentos necessários até ao período de recuperação e vigilância do seu estado de saúde/doença.

O estudo de Trescher et al. (2019) evidencia o benefício para as mulheres com cancro de mama, quando bem orientadas, considerando como algo positivo, já que as mesmas enfrentam medos e preocupações com sua saúde durante o processo de doença e persistem muitas dúvidas sobre o seu autocuidado, dificultando, muitas vezes, o processo de melhoria de sua qualidade de vida.

A identificação dos recursos necessários, a mobilização dos recursos próprios e o confronto com os recursos disponíveis na comunidade permitem, que todo o processo possa decorrer com maior ou menor tranquilidade. Este aspeto é transversal a todo o percurso e também aqui, os profissionais de saúde têm um contributo que pode ser diferenciador, disponibilizando informação, envolvendo os vários intervenientes, clarificar sobre os diversos recursos disponíveis e encaminhar para outros profissionais. As estratégias são diversas e estão presentes nos relatos: *“Depois o meu marido começou a fazer umas massagens conforme a senhora enfermeira também explicou. E a partir daí mais ou menos um mês comecei a libertar mais o braço”* (P1); *“...até me deram aquela maminha, a prótese provisória, aquela almofadinha provisória”* (P2); *“...também já disse aqui à psicóloga que deveria haver, e ela até já disse que, reuniões nesse mensais com mais Mulheres, mesmo ao vivo. Em que*

as Mulheres estivessem a falar” (P5); “Partilhar aquilo que é a vivência de cada um (...) mas que fazia as minhas caminhadas, saía para fazer caminhada aqui à volta, pronto, para manter a atividade, estar ao ar livre, que eu acho que faz bem para a cabeça, faz bem a tudo” (P6); “...a minha filha ajudava-me a vestir e a despir. Ajudava-me a levantar-me para ir a casa de banho. O meu marido também fazia isso, me ajudar a levantar, e deitar e sentar e essas coisas. E a minha sogra fazia-me o penso. Vi algures na Net uma almofada que comecei a fazer. Fiz para mim, que me dão apoio” (P8).

Assim, e tal como está explícito nos resultados do estudo de Franco et al. (2012), onde fazem sobressair que os cuidados de enfermagem dirigidos à mulher mastectomizada e que deverão “ser de orientação, incentivo e suporte emocional, além da educação em saúde, desde a descoberta do diagnóstico até a cura, bem como a reinserção dela por completo na sociedade” (p. 12). Daí ser primordial repensar os cuidados de enfermagem, tal como é reforçado por Scofano et al. (2020, p. 3743) no seu estudo, considerando serem “de maneira organizada, multidisciplinar e que envolva esse preparo para reduzir as necessidades e expectativas dessas pacientes e seus familiares em relação ao cuidado a ser prestado no contexto domiciliar”.

Merecem também reflexão os relatos que remetem para o sentimento de menor acompanhamento familiar ou até mesmo num sentimento de solidão presente no percurso de vivência do cancro da mama: *“Depois tinha que ficar sozinha, tinha que ir trabalhar, né?” (P3), “... eu ia depois fazer os tratamentos, até ia sozinha e tudo, porque o meu marido estava a trabalhar e o meu filho também não me podia acompanhar” (P7).*

Sobre os recursos do próprio hospital, são igualmente referidas várias considerações e que nem sempre corresponderam às necessidades, como é referido no relato: *“Ainda não me contactaram do hospital a dizer, está aqui a prótese, venha ver as próteses” (P4)* e que se integram nas condicionantes do percurso, com implicações significativas na melhor recuperação esperada para estas clientes. O planeamento da alta é evidenciado no estudo de Scofano et al. (2020, p. 3742) e tida como ferramenta “muito complexa e amplamente desvalorizada”, ficando presente as necessidades de investimento multiprofissional.

Tema - Intervenções de Enfermagem

A mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo, acompanhado de consequências traumatizantes, enquanto experiências de vida e com impacto na saúde da mulher. Após a cirurgia, a equipa pluridisciplinar assume um papel preponderante nos cuidados inerentes, onde a vigilância de complicações e intercorrências é fundamental e de onde sobressai a equipa de enfermagem, na assunção de funções primordiais.

Considerando as **Intervenções de Enfermagem** como a área temática que tem destaque ao longo de todas as entrevistas realizadas, elas emergem nos relatos das participantes e são-lhes atribuídas uma valorização indiscutível no período de internamento,

considerando os enfermeiros como parte integrante e fundamental nesta etapa das suas vidas.

O estudo de Franco et al. (2021) remete-se para Soccol, Canabarro & Pohlmann (2016), tendo demonstrado “que o enfermeiro tem um papel essencial para ajudar a mulher neste processo difícil que é a extirpação da mama, interferindo de modo negativo na autoimagem” (p. 12). Nestes momentos as mulheres necessitam do apoio familiar e do profissional de saúde para ajudá-la na aceitação e continuidade do tratamento. Este estudo, concluiu que a “percepção dos enfermeiros revela, que os mesmos estão mais preocupados com questões relacionadas às condutas cotidianas de trabalho, levantando aspectos como a existência de procedimentos padrões a serem seguidos e do acolhimento durante à assistência” (Franco et al., 2021, p. 12).

Deste modo e pela análise das respostas das participantes, sobressaíram duas categorias: Orientações para o Autocuidado e Sistematização dos Cuidados para a Alta, que seguidamente se passa a expor.

Categoria - Orientações para o Autocuidado

O autocuidado pressupõe a capacidade individual da cliente para realizar atividades de vida diária, em benefício próprio a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Trata-se de um fenómeno complexo e multidimensional e pode ser conceptualizado como um processo inato, mas também aprendido, na perspetiva da capacidade de intervenção positiva em si próprio (Carretas & Fonseca, 2018). Portanto, tal como nos é referido no modelo do autocuidado de Orem (2001), espera-se que os indivíduos sejam capazes de dar resposta aos requisitos do autocuidado com ou sem auxílio dos profissionais de saúde, aquilo a que podemos denominar como, autocuidado básico e manutenção da vida.

O enfermeiro tem no autocuidado um domínio de ação, que pela capacitação, permite à cliente com limitação ou dependência, maximizar a sua recuperação e bem-estar. É referido por Pinto (2018), como um indicador de qualidade sensível aos cuidados de enfermagem, com vista à melhoria da qualidade de vida, à prevenção da doença e a dotar a cliente com incapacidade e acrescenta, citando Petronilho (2012), com recurso a “um conjunto de técnicas adaptativas ao meio em que vive e onde os enfermeiros têm um papel decisivo e insubstituível” (p. 15).

São vários os estudos conducentes com as necessidades de apoio educacional às mulheres com cancro de mama e suas famílias, a fim de as ajudar a lidar com a experiência da doença e a superar os aspetos patológicos decorrentes do seu percurso e limitações daí decorrentes (Merêncio & Ventura, 2020; Carretas & Fonseca, 2018; Dejange, Kiani, Tabatabaei & Tasbandi, 2018; Silva & Fossá, 2015; Coelho et al., 2010).

E neste sentido sobressaem na categoria das Orientações para o Autocuidado, as subcategorias, tal como se apresentam no Quadro 8: Cuidados de Higiene, Vestir e Despir,

Alimentar, Posicionar e Transferir, Reeducação Funcional e Cuidar da Casa e Regresso ao Trabalho.

Quadro 8 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Orientações para o Autocuidado.

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
Intervenções de Enfermagem	Orientações para o Autocuidado	Cuidados de Higiene	*	*	*	*	*	*	*	*
		Vestir e Despir	*	*	*	*	*	*		*
		Alimentar, Posicionar e Transferir	*		*		*	*	*	
		Reeducação Funcional	*	*	*	*	*	*	*	*
		Cuidar da Casa e Regresso ao Trabalho	*	*	*	*	*	*	*	*

Subcategoria – Cuidados de Higiene

A adaptação da mulher à doença oncológica mamária não se confina aos aspetos psicológicos, mas engloba todos os processos que a mulher desenvolve e mobiliza, no sentido de lidar e integrar as mudanças decorrentes da sua nova condição (Silva et al., 2018).

No processo de mudança é reconhecido por todos os autores que a mobilidade é crucial para o desempenho das atividades de vida diárias e para garantir a satisfação das necessidades da cliente (Franco et al., 2021; Scofano et al., 2020; Merêncio & Ventura, 2020; Silva et al., 2018; Nicolau, 2015). E neste sentido, a capacidade da cliente em se adaptar funcionalmente, está relacionada com as limitações que esta apresenta decorrentes do procedimento cirúrgico mamário, por cancro, o que determina mudanças nas suas capacidades de desempenho, em termos de autocuidado (Silva et al., 2018).

É imperioso o estabelecimento de um vínculo entre o profissional de saúde, concretamente entre o enfermeiro e o cliente, o que contribui para a implementação com maior compreensão e adesão às ações do autocuidado, resultando numa relação de confiança, onde o enfermeiro poderá estabelecer orientações diferenciadoras no cuidado de si e na reconstrução da autonomia para o regresso a casa mais segura e tranquila.

Integrada nas ações do autocuidado, inserem-se os cuidados de higiene, um cuidado básico diário que assume um significado acrescido quando a mulher mastectomizada se confronta com as dificuldades em concretizar esta ação (Silva et al., 2018; Scofano et al., 2020) e foi também referida pelas participantes do estudo: “...e quando comecei a tomar o banho sozinha também sempre preocupadas (...) Inclina a cabeça e como o cabelo é curto também não tem assim muito trabalho (...) não conseguia levantar, tinha que fazer assim para me pentear (baixou a cabeça)” (P1); “Agora tens a outra mão boa, toca a esfregar. Apoio

o cotovelo e vou lavando” (P3); “...era esse o medo que eu tinha. Mas um, dois dias, a partir do momento em que recuperei, digamos, alguma força, alguma mobilidade, já me sentia segura para fazer a minha higiene” (P4); “...agora limitações era a tomar banho. Lavava-me, mas quer-se dizer, para este lado não chegava... Precisava de ajuda nas costas, nas pernas e a lavar o cabelo não deixa que eu faço assim, já peguei aqui a técnica e tudo eu faço sozinha” (P5); “Como sou gorda não consigo, por exemplo, para lavar a outra axila” (P8).

Nesta categoria dos cuidados de higiene, as intervenções de enfermagem são consideradas diferenciadoras na promoção do autocuidado à mulher mastectomizada e segundo Scofano et al. (2020, p. 3737) faz sobressair o enfermeiro como sendo “um profissional educador e, por ter essa formação, deve orientar a mulher e também aos seus familiares quanto ao pós-operatório da mastectomia, uma vez que esse período é o mais traumático para ambos”.

Subcategoria – Vestir e Despir

O défice no autocuidado para o vestir e despir é igualmente um confronto da mulher mastectomizada, considerando a alteração da mobilidade física, os receios, o medo e a presença de dor, fatores desencadeantes de um comportamento de autocuidado diminuído (Pereira, 2013).

O estudo de Carretas & Fonseca (2018) faz sobressair as intervenções para manter a mobilidade das articulações, consideradas importantes para a realização das atividades ligadas aos autocuidados. Destaca, por exemplo, que a extensão/flexão do cotovelo é uma ação motora que mais contribui para o autocuidado vestir/despir.

Neste autocuidado de vestir e despir denotam-se nos relatos das participantes a valorização com as intervenções de enfermagem: “...a enfermeira me ensinou como tinha de por o soutien” (P2); “...já me sabia despir, já sabia vestir, com a ajuda da fisioterapeuta e da enfermeira que me explicaram, primeiro tira isto, depois tira aquilo” (P3); “...ensinou-me (...) como é que vai ser vestir aquela coisa que temos de atirar o braço para apanhar a manga? E, ela explicou-me como fazê-lo e vale até hoje” (P4); “...para me vestir, também me explicaram que tinha que ser sempre primeiro pelo lado ao operado” (P5), “...questão mesmo de se vestir e de despir. Foi muito importante” (P6); “...também me ensinaram que eu devia ter o sutiã de compressão” (P8).

Por outro lado, sobressaem nas frases de algumas mulheres que por experiências anteriores, tornou-se facilitador este processo de aprendizagem: “...no abotoar dos sapatos, só nessas situações, mas foi só nesse tempo depois comecei a obrigar a mim própria a fazer as coisas” (P1) e “...acho que foi tudo fácil, o ombro para não elevar muito, a questão do braço mesmo na hora de se despir e vestir” (P6).

Promover o autocuidado é promover a adaptação a uma mudança, que está inerente no processo de recuperação das mulheres submetidas a mastectomia. As intervenções

relatadas pressupõem competências dos enfermeiros que Silva et al. (2018), remete para a “mestria” e perícia numa adaptação “para o resultado final do processo (saudável) de transição” (Silva et al., 2018, p. 34).

Subcategoria – Alimentar, Posicionar e Transferir

É deste modo entendível que, todas as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no sentido de ajudar as mulheres a viverem com a doença e a prevenirem complicações são atividades consideradas promotoras da adaptação.

A intencionalidade da intervenção dos enfermeiros remete para o conceito de autocuidado, nos termos que nos é proposto por Orem (2001), e que compreende o desenvolvimento de atividades executadas pela cliente em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do seu bem-estar. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, estas atividades dizem respeito às capacidades e habilidades para “tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (International Council of Nurses, 2015, p.12).

Assim e para além da higiene pessoal, anteriormente analisada, é ainda referido pelas participantes do estudo, os autocuidados alimentar-se, posicionar-se e transferir-se como comprometidos, após terem sido submetidas à mastectomia, como tratamento cirúrgico para o cancro da mama. Sobressaem alguns relatos, sobre os cuidados de enfermagem, como promotores de estratégias de adaptação à nova condição: “...não dormir virada para este lado” (P1); “...a ajuda na refeição, ajudar a cortar os alimentos. Como devia fazer” (P3); “...saía da cama sozinha, conforme me foi explicado, portanto, a sair” (P5); “...à noite, ou quando estava na cama, tinha uma almofada. Ainda hoje durmo. É em forma de coração, meto aqui debaixo do braço, que eu assim não tenho tanta dor” (P6); “...tinha que ter sempre ajuda para me levantar, para me deitar” (P8).

Subcategoria – Reeducação Funcional

As já referidas alterações do ponto de vista físico, psicológico e social, presentes nas mulheres mastectomizadas, desafiam as mesmas e os profissionais de saúde a desenvolverem processos de adaptação, que na sua globalidade são complexos. Neste sentido, é referido por Silva et al. (2018, p. 27) que se torna “clara a necessidade de identificar e disponibilizar cuidados orientados para a promoção desta adaptação das mulheres, com um acompanhamento de forma sistematizada e proficiente a desempenhar pelos enfermeiros”.

No âmbito da reeducação funcional muitos são os estudos desenvolvidos pelos enfermeiros, nomeadamente especialistas em enfermagem de reabilitação, dando relevo ao planeamento e à execução de intervenções de enfermagem que contribuem para a recuperação e/ ou melhoria da capacidade física das mulheres submetidas a mastectomia

(Camões, 2014; Ferreira, 2017; Rodrigues, 2017; Carretas & Fonseca, 2018; Merêncio & Ventura, 2020).

A adesão precoce à mobilização e a implementação de exercícios de reabilitação funcional, referida nos diversos estudos, permitem que a mulher se sinta psicologicamente e fisicamente mais ativa, promovendo uma melhoria nos resultados esperados pela cirurgia e na recuperação da qualidade de vida (Ferreira et al., 2014; Dejangue et al., 2018; Silva et al., 2018; Merêncio & Ventura, 2020). Além dos exercícios, torna-se importante conduzir a mulher mastectomizada para outras formas de cuidar do membro, tendo como foco primordial a prevenção de complicações e a recuperação contínua.

Igualmente alvo de destaque são os relatos das participantes, atribuindo uma valorização muito significativa em toda a sua recuperação: “...a enfermeira me ensinou, como movimentar o braço do lado da mastectomia” (P2); “...ensinou-me os exercícios a fazer (...) e ensinou-me os exercícios para ir recuperando a mobilidade” (P4); “...também alguns exercícios rotação do ombro e elevação frontal e lateral do braço até a um limite” (P5); “...ensinou-me a fazer os movimentos na parede, levantar até onde podia baixar, os movimentos com o braço para trás e para frente, juntando as duas mãos e levantando” (P1); “...depois que eu fui fazendo os exercícios de mobilidade também foi melhorando e recuperando” (P6); “...ainda hoje faço: abro a mão, fecho a mão, porque sinto a mão mais inchada (...) e faço esses exercícios, ponho almofada neste braço (...) e os exercícios ajudaram-me bastante. Tinha dores e as dores, por exemplo, quando tenho mais dores, faço isso e alivia” (P7); “...foi um subir as paredes com os dedos e fui-me esticando mais, fui treinando” (P8).

Subcategoria – Cuidar da Casa e Regresso ao Trabalho

O impacto do regresso a casa e o confronto com as limitações tornam o processo de adaptação mais difícil. O estudo de Merêncio & Ventura (2020) refere mesmo que “ocorrem limitações funcionais que as impedem de realizar ou desenvolver determinadas AVD’s, tais como não poder carregar peso e realizar tarefas que exijam força” (Merêncio & Ventura, 2020, p. 3).

Tais resultados são corroborados pelas participantes do presente estudo quando referem que, “...não, o aspirar porque o aspirador é pesado ...pelo peso do ferro e pela temperatura isso foi explicado. Varrer, aspirar pronto como eu digo, foi-me dito também para evitar” (P1); “...por exemplo, não movimentava coisas pesadas, pegar em panelas essas coisas diárias, não fazia” (P2) e também “...as tarefas de esforço, nada” (P4).

O estudo de Sá (2020, p. 12) considera que a “(re) integração no mundo do trabalho da mulher com cancro da mama, portadora ou não de algum grau de incapacidade, é um fator de inclusão social, uma vez que cada vez mais a doença atinge mulheres na fase da sua vida ativa profissional”.

Estas realidades sobre as preocupações com o regresso ao trabalho foram também referidas pelas participantes, em situação de baixa médica: “...foi o *braço direito*, fui mastectomizada à direita e o meu trabalho era fazer unhas de gel” (P8).

Em consonância está o estudo de Silva et al. (2013), que considera os cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada deverão “ser de orientação, incentivo e suporte emocional, além da educação em saúde, desde a descoberta do diagnóstico até à cura, bem como a reinserção dela na profissão e na sociedade” (p. 45).

Categoria - Sistematização dos Cuidados para a Alta

A necessidade de refletir sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada acentua a importância atribuída aos relatos das clientes que vivenciam o problema. É assim reforçado no estudo de Franco et al. (2021), ao considerar a sistematização dos cuidados de enfermagem como contributos positivos “nesse processo de educação e consciencialização da população, bem como o enfrentamento da enfermidade” (p. 4).

Assim, no âmbito da categoria sistematização dos cuidados para a alta, foram consideradas as seguintes subcategorias apresentadas no Quadro 9, bem como a distribuição de cada participante: Organização e Uniformização dos Cuidados, Humanização dos Cuidados e Orientações para a alta.

Quadro 9 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Sistematização dos Cuidados para a Alta.

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
Intervenções de Enfermagem	Sistematização dos Cuidados para a Alta	Organização e Uniformização dos Cuidados	*	*	*	*	*	*		*
		Humanização dos Cuidados	*	*		*	*			*
		Orientações para a alta	*	*			*	*		*

Subcategoria – Organização e Uniformização dos Cuidados

De acordo com Franco et al. (2021), a sistematização dos cuidados de enfermagem, permite que o enfermeiro planeie e execute as suas ações de modo organizado, as quais são desempenhadas por toda a equipa, no período em que a cliente se encontra sobre os cuidados desses profissionais.

A perceção das mulheres mastectomizadas sobre a organização e uniformização dos cuidados de enfermagem, está presente na maioria dos relatos das participantes. O período de internamento por elas vivenciado permitiu destacar momentos e ações, que fazem

sobressair essa diferenciação nos cuidados prestados pelos enfermeiros: *“...disse-me logo como é que começava a fazer a movimentação para recuperar mais depressa a situação do braço”* (P1) e ainda *“...já tinha sido orientada pela enfermeira sobre os exercícios e tudo, a elevação do braço, a amplitude, aquela coisa toda”* (P6); *“...eles têm sempre um comitê onde falam entre tudo”* (P2); *“...se eu tenho um hematoma e tenho dores, os meus exercícios, o que me mandam fazer não podem ser os mesmos de uma pessoa que tem esvaziamento axilar mas que não tem complicações”* (P5), e inclusive o relato de uma participante que refere, *“...depois houve enfermeiras que não estavam muito de acordo”* (P8).

Merece ainda reflexão a frase da participante: *“...a enfermeira foi-me buscar ao quarto e andou a passear comigo no hospital”* (P3), pressupondo investimento dos enfermeiros nas ações de literacia e clarificação das ações de enfermagem, que conduzem aos benefícios para a saúde física e mental da cliente submetida a mastectomia, a par das intervenções de enfermagem que requerem maior visibilidade e devem estar presentes nas boas práticas dos profissionais, como sobressai nos relatos: *“...agora o acompanhamento da nossa situação, daquilo que nós vamos sentindo é que não houve”* (P5) e ainda *“Não me lembro sinceramente de me dizerem faça assim ou faça assado”* (P8).

Subcategoria – Humanização dos Cuidados

A humanização dos cuidados é inerente à incorporação de um sistema de cuidados de saúde centrados no cliente, numa intervenção holística e integrada e onde os profissionais de saúde possuem competências técnicas e não técnicas.

A valorização desta subcategoria emerge nos relatos das participantes e é corroborado no estudo de Anguita et al. (2019), quando nas conclusões faz sobressair que “a humanização dos cuidados deve ser sistematicamente integrada na prática (...) evoluindo para modelos de cuidados mais holísticos e centrados no doente/família” (p. 16).

Esta constatação está patente nos relatos das participantes, quando referem: *“...todas me diziam sempre o mesmo, apoiando, ajudando sempre que era preciso”* (P1); *“...não sabe muito bem onde receber apoio às vezes e o apoio enquanto dúvidas e tudo aquilo, faz falta o apoio emocional”* (P2); *“...é o contato humano, é tudo, é estarem ali connosco, é explicarem as coisas como elas são. De igual para igual, digamos assim”* (P4).

Prevalecem as partilhas em relação à valorização dos enfermeiros e cuidados prestados, quando referem: *“(...) sentir um apoio mais frequente, se precisar de alguma coisa, saber que pode perguntar na altura em que sente as dúvidas”* (P2) e também *“...às vezes nem era preciso tocar a campainha. Elas ouviam ou estavam ali e respondiam longo”* (P4).

Anguita et al. (2019) no seu estudo acrescentam ainda que, a implementação da humanização dos cuidados permite melhorar a comunicação e assim, melhorar a segurança do cliente e a satisfação do profissional e do cliente/família.

Subcategoria – Orientações para a alta

A implementação de um plano de preparação para a alta é mais um meio de que os enfermeiros dispõem para demonstrar os seus conhecimentos e definir o seu papel na equipa pluridisciplinar (Carvalho et al., 2012). É referido por Pereira (2013) que, “a preparação do regresso a casa implica, assim, assumir essa intenção de ajuda, que tem por base o conhecimento da necessidade de ajuda” (p. 34). O regresso a casa é envolto em sentimentos contraditórios. Se por um lado volta ao seu lar, onde se sente bem, com todos os seus familiares e pertences mas simultaneamente receosa pelo confronto com os cuidados a si e à casa (Carvalho et al., 2012).

O planeamento de alta deve ser feito, como nos explicita o estudo de Scofano et al. (2020, p. 3743) “antes da saída formal das mulheres do hospital com o objetivo de evitar a acumulação de informações e falta de compreensão com relação às orientações prestadas”. O estudo pormenoriza ainda que essa orientação é baseada na utilização de drenos, apoio emocional, identificação de sinais de infeção e cuidados na realização dos pensos, tal como o referido pelas participantes deste estudo, “...foi-me dito como é que deveria de fazer ao ir para casa (...) foi mais ou menos seguir as instruções que me deram” (P1); “...uma doente não sabe muito bem onde receber apoio às vezes e o apoio enquanto dúvidas e tudo aquilo, faz falta o apoio emocional” (P2); “...eu não conseguia essa extensão completa, então essa orientação toda foi dada... muito a gestão dos movimentos que eu poderia fazer em casa” (P6); “...eu mudava o dreno sozinha, despejava, conforme me explicaram com a mão direita” (P5).

As barreiras na implementação do plano de alta são referidas nas conclusões do estudo de Scofano et al. (2020) e destaca a desvalorização, falta de preparação da cliente e da família após a alta, exigências irrealistas sobre a própria profissão e sobre o conhecimento sobre os cuidados com essas mulheres, atrasos desnecessários na alta e falta de tempo. São barreiras igualmente referidas pelas participantes, quando dizem: “...quanto ao ensinamento aqui no hospital, durante a minha estadia aqui não me foi ensinado muita coisa” (P5).

Em suma, a preparação do regresso a casa é clarificada por Pereira (2013), como favorecer uma maior satisfação das clientes com necessidades no autocuidado, melhorando a referenciação e a utilização de recursos na alta.

Tema - Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

A vantagem competitiva mais importante das organizações de saúde, é dispor de serviços de saúde de qualidade (Alsaqri, 2016). Nos últimos anos tem sido intensificada a necessidade de aumentar a qualidade dos cuidados em saúde através de meios de informação relacionados com a saúde e os avanços tecnológicos, mudança nas expectativas e opiniões sobre os cuidados de saúde, aumento do envolvimento dos indivíduos nos seus cuidados de saúde e aumento de custos e competitividade no setor de saúde (Karaca &

Durna, 2019). A qualidade e a adequação dos serviços de saúde podem ser mensuradas com base nas opiniões e na satisfação dos clientes e seus familiares.

Os enunciados descritivos integram os Padrões de **Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** (OE, 2012) e 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 prática profissional de excelência (Martins & Perroca, 2017).

Neste sentido, a análise de conteúdo, decorrente das entrevistas efetuadas às participantes do estudo, e centrada no tema da qualidade dos cuidados de enfermagem, fez emergir quatro categorias: Cuidados relevantes de enfermagem, Resposta às necessidades, Segurança do cliente e Satisfação do cliente.

Assim, descrevem-se a seguir os resultados da análise dos relatos das participantes, em função das categorias identificadas.

Categoria - Cuidados Relevantes de Enfermagem

Um referencial de enfermagem é um guia valioso para expressar a estrutura do cuidado profissional de enfermagem e, de acordo com Dejange et al. (2018, p. 2) “pode abrir caminho para que os enfermeiros revisem, meçam e avaliem o processo de cuidados de enfermagem”. Assim, com o planejamento dos cuidados de enfermagem ganham maior rigor e exigência, numa aplicabilidade que se pretende ser personalizada.

A abrangência do processo de enfermagem é também referida por Silva et al. (2018), e considera o cuidado com a mulher mastectomizada, extremamente cauteloso, “devendo a equipe de enfermagem estar com maior frequência acompanhando e assistindo essa paciente, atuando de forma integral estabelecendo um vínculo, proporcionando conforto e estímulo para esse período de sua vida” (p. 78).

Os contributos pelos cuidados de enfermagem, visam aprimorar as intervenções dirigidas às clientes mastectomizadas, na procura da prestação de cuidados diferenciadores tendo em conta a singularidade de cada mulher. O autor supracitado acrescenta ainda que “os enfermeiros devem dirigir a sua ação, a partir de propostas de cuidados à mulher, oferecendo suporte informativo em relação ao câncer, ao tratamento e à reabilitação” (Silva et al., 2018, p. 79). Salieta-se ainda como imprescindível, que os enfermeiros, direcionem a intervenção para a promoção da independência e autonomia da mulher (Camões et al., 2015).

Contudo, os cuidados de enfermagem não devem resumir-se apenas a intervenções técnicas, mas deve abranger também toda a ação humanizada de comunicação e apoio emocional.

A importância e valorização dos cuidados de enfermagem, estão espelhadas no Quadro 10, com a distribuição das subcategorias que integram a categoria Cuidados Relevantes de Enfermagem, apresentadas nos relatos das participantes em estudo: Cuidados Individualizados, Prevenção e Controlo da Infecção e Continuidade dos Cuidados.

Quadro 10 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Cuidados Relevantes de Enfermagem.

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
Qualidade dos cuidados de enfermagem	Cuidados Relevantes de Enfermagem	Cuidados Individualizados	*	*	*	*	*	*	*	*
		Prevenção e Controlo da Infecção		*		*	*	*	*	
		Continuidade dos Cuidados	*	*	*	*	*	*		*

Subcategoria – Cuidados Individualizados

As representações sociais da mulher mastectomizada, revelam frequentemente a presença de sentimentos de inferioridade e sensibilização pela perda da mama. O enfermeiro é um profissional indispensável para ajudar no processo de aceitação e recuperação, formando um vínculo e conhecendo a particularidade de cada mulher e assim intervir de forma singular (Silva et al., 2013; Nicolau, 2015; Merêncio & Ventura, 2020).

Os cuidados de enfermagem são físicos, objetivos e reais, mas Nicolau (2015) salienta que “a relação enfermeiro/doente transcende o nível físico e passa para o aspeto emocional e subjetivo, pois nós somos humanos e temos sentimentos” (p.19).

Deste modo, posiciona-se o valor do cuidado humano, integrado na prática de enfermagem, num empenho pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro em relação ao cliente, numa visão holística e atendendo a todas as necessidades individualizadas (Franco et al., 2021).

Os relatos das participantes integrados nesta categoria, valorizam os cuidados de enfermagem pela sua individualidade e que estão presentes nos seguintes excertos: “...até me mudaram a cama para o pé da casa de banho” (P1); “(...) realizamos os exercícios, em frente do espelho, como é que eu estava com o meu corpo. A posição do meu corpo” (P2); “...fui atendida pelas enfermeiras mais experientes e fiquei num quarto muito perto da receção, onde elas se encontram todas” (P4); “...depois foi a enfermeira que até me fez um daqueles corações especiais” (P5).

Efetivamente, da análise das respostas das participantes que se enquadram nesta subcategoria dos cuidados individualizados, salientámos as que referem este pormenor relacionado com os cuidados de enfermagem, o qual é corroborado por Baia, Moia, Santana, Araújo & Santana (2019, p. 625), que enfatizam “a importância de um acompanhamento profissional para lidar com as mudanças e recomeços, respeitando o tempo de adaptação de cada mulher, ressaltando a importância do autocuidado diariamente”.

Subcategoria – Prevenção e Controlo da Infecção

As preocupações mais frequentes manifestadas pelas mulheres no pós-operatório imediato, prendem-se com o (s) penso (s), onde se encontra (m) a (s) incisão (ões) cirúrgica (s) e ainda com a presença de dreno (s). Esta etapa é carregada de angústia, medos e receios que comprometem o cuidado de si (Nicolau, 2015; Merêncio & Ventura, 2020; Franco et al., 2021).

As altas hospitalares que se preconizam precoces, em função do suporte familiar adequado no domicílio, boas condições de saúde e a facilidade no acesso à equipa de saúde, é referido por Carvalho et al. (2012), como um contributo “para a diminuição do risco de infecção nosocomial e possibilita uma reintegração mais rápida da paciente ao seu convívio social” (p.489).

Em contrapartida, as mulheres submetidas a mastectomia, passam a necessitar de orientações específicas sobre os cuidados com os pensos cirúrgicos e com os sistemas de drenagem, para que assumam a capacidade de se autocuidar com segurança, no domicílio (Silva et al., 2018; Scofano et al., 2020).

Neste sentido, é fundamental o cuidado de enfermagem, com todas as intervenções sobre o conhecimento, instrução e treino de habilidades, onde se destacam as informações precisas sobre os cuidados a ter na prevenção e controlo da infeção, como diferenciadores na prevenção de complicações e que se encontraram presentes no conteúdo das entrevistas: “(...) *não podia tomar banho, é óbvio, não podia molhar, o penso*” (P2); “...*é necessário tomar cuidado quando se faz a higiene é necessário limpar os drenos, verter o líquido, registar anotar, não tive dificuldades nesse aspeto*” (P4); “...*para me lavar, não molhasse a zona do penso*” (P5); “(...) *não deixar a água, molhar a parte da ferida, da cicatriz para garantir uma melhor assepsia*” (P6); “...*foi-me explicado para não tocar no penso, para não molhar*” (P7).

Subcategoria – Continuidade dos Cuidados

A continuidade de cuidados é inerente ao trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem ao longo do percurso de cuidar e ganha maior relevo, num contributo importante, de preparação para o regresso a casa. Pereira (2013) clarifica ainda que, a preparação do regresso a casa surge “da necessidade de transição dos cuidados promovidos no hospital para a continuidade dos cuidados em casa” (p. 33).

A valorização encontra-se expressa nos relatos das participantes: “... *foi dito para fazer tal e qual como fazia aqui no hospital*” (P1); “... *fazia os exercícios que a enfermeira, também me ensinou, esses exercícios tipos de fisioterapia para fazer desta casa, isso fazia todos os dias*” (P2). Contudo, nem sempre foi sentido na mesma perspetiva, como nos diz o relato: “...*não me fizeram assim grande, faziam assim todos os dias um bocadinho*” (P3).

A articulação dos cuidados após a alta clínica da mulher mastectomizada, pressupõe a continuidade dos cuidados entre pares e outros profissionais de saúde, com resultados

favoráveis, pelo acompanhamento e com repercussões significativas na adaptação à mudança e recuperação na sua globalidade. Têm destaque os seguintes relatos no sentido de melhoria dos processos: *“...agora que regressei efetivamente ao trabalho, senti que poderia ou deveria ter uma consulta, digamos, de acompanhamento agora”* (P4); *“...eu marquei a consulta, vim cá mas não havia vaga. Deram-me uma cartinha para eu fazer lá fora, a meu pedido”* (P5); *“...queria ter uma consulta de fisioterapia, mas mais para trocar uma ideia com a fisioterapeuta”* (P6); *“...quando ia à consulta de cirurgia e passava antes pela enfermagem, aí sim, elas iam-nos dizendo como é que se tratava do penso, dos movimentos que devia ir fazendo, essas coisas”* (P8).

De considerar ainda, outros recursos da comunidade de forma a garantir um contributo abrangente, atendendo à individualidade, características e recursos pessoais.

Categoria - Resposta às Necessidades

A percepção sobre a magnitude das necessidades envoltas nas mulheres mastectomizadas, remete-nos para um cuidado sensível, numa resposta cuidada e humanizada. Os muitos estudos nesta área permitem salientar os benefícios resultantes da inserção da mulher em todo o processo decisor, que a envolve na tomada de decisão necessária ao longo do seu percurso (Pinto, 2018; Bordallo et al., 2013; Nicolau, 2015; Silva et al., 2018; Merêncio & Ventura, 2020; Franco et al., 2021).

O processo de autocuidado parte da conscientização das necessidades identificadas e a valorização da execução de ações para o bem-estar global. Baia et al. (2019, p. 629) fazem realçar no seu estudo que “*competete à enfermagem efetivar um vínculo a fim de fortalecer a relação entre o cuidador e o ser cuidado*” numa interação com as mulheres mastectomizadas e compreender as suas limitações individuais e, assim, planear e informar sobre a relevância do cuidado de si.

Assim, foram consideradas as seguintes subcategorias apresentadas no Quadro 11, bem como a distribuição de cada participante: Olhar Clínico/Atenção Permanente e Cuidada e Articulação entre Profissionais.

Quadro 11 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Resposta às Necessidades.

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
Qualidade dos cuidados de enfermagem	Resposta às Necessidades	Olhar Clínico/Atenção Permanente e Cuidada	*	*	*	*	*	*	*	*
		Articulação entre Profissionais	*	*	*	*	*	*	*	*

Subcategoria – Olhar Clínico/Atenção Permanente e Cuidada

A vivência do cancro da mama e o confronto com a necessidade de realização de mastectomia desencadeia incertezas e tensão em muitos casos associados à ausência de esclarecimentos e apoio sobre a situação, aspetos que fortalecem a necessidade de uma atenção especial (Franco et al., 2021).

A mulher mastectomizada exige um olhar amplo, além do cuidado técnico, devendo-se compreender o momento de fragilidade da mulher e da família, pelo que, o acolhimento e o estabelecimento de relação de ajuda, contribuem de forma positiva para todo o processo de recuperação.

É ainda reforçado que, os cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada, devem “ser de orientação, incentivo e suporte emocional, além da educação em saúde, desde a descoberta do diagnóstico até à cura” (Franco et al., 2021, p.12), como está também explícito nos relatos das participantes: “...a atenção, o cuidado dos enfermeiros para comigo e para com quem estava no mesmo quarto que eu assisti, foram sempre muito prontos, muito atentos” (P1); “...ficamos recolhidas num espaço mais recatado é melhor...de olhar mais focalizado numa própria” (P2); “...falava muito comigo, sentava-se sempre ali a conversar comigo, um bocadinho” (P3); “...eu também não deixei de sentir, quer dizer, o carinho e a disponibilidade de todas as equipas de enfermagem” (P5); “... fiquei no quarto com outras doentes, de outras cirurgias, de outros problemas, e o carinho é igual. A atenção é a mesma (...)” (P6); “...a parte de enfermagem, sempre estiveram disponíveis” (P8).

Estes relatos das participantes assumem particular importância no cuidar e permitem reflexão das práticas de enfermagem e que em paralelo com a análise da subcategoria dos cuidados individualizados, posiciona os enfermeiros num patamar de permanente melhoria de intervenção. O estudo de Baia et al. (2019, p. 626), reforça que “cuidar da mulher mastectomizada exige um olhar amplo, além do cuidado técnico, deve-se compreender o momento que a família e a mulher vivenciam, acolher e estabelecer vínculo contribui de forma significativa para continuidade do tratamento e desenvolvimento do autocuidado”.

Subcategoria – Articulação entre profissionais

No cuidado à mulher mastectomizada é necessário o envolvimento da equipa multidisciplinar e nalguns casos de uma rede de apoio social. Os diversos olhares sobre a mesma problemática, permitem uma abordagem integral, com benefícios potenciados (Carvalho et al., 2012).

Os relatos das participantes integrados na subcategoria da articulação entre profissionais, requer uma análise igualmente cuidada, numa perspetiva de efetiva melhoria de intervenção, uma vez que os recursos são ainda identificados como escassos e deficitários na sua articulação. Pereira (2013), no seu livro sobre o *Regresso a Casa*, refere mesmo que “a pessoa dependente no autocuidado nem sempre beneficia de um sistema organizado que possibilite a reabilitação eficaz, de forma a reduzir a incapacidade” (Pereira, 2013, p. 17).

Neste sentido, são explícitos os relatos das participantes quando referiram que: “...*não cheguei a fazer fisioterapia*” (P1); “...*teria sido útil fazer acompanhamento ainda cirurgia*” (P4); “...*o que eu acho que aqui deveria ter acontecido e não ter vindo da minha parte era o pedido da consulta da fisioterapia*” (P5); “...*sentir que a doente tem possibilidade de comunicar-se com o hospital, mas de uma maneira mais prática*” (P2) ou ainda, “...*eu perguntei ao doutor na questão de um acompanhamento de uma nutricionista. Eu acho que o que nos faz falta neste processo*” (P6).

Merece ainda atenção o relato: “... *também poderia haver o cuidado da parte da cirurgia para enviar para um sítio onde essa situação possa ser também... tornar mais suave, quando a identificação das necessidades se espera mais rigorosa e individualizada*” (P5), o que nos remete para casos que necessitam de maior atenção, cuidado de intervenção e encaminhamento, como é citado por Muller, Pereira, Zamberlan, & Ferreira (2018) no atributo dos profissionais de enfermagem na identificação das necessidades de realizar encaminhamentos necessários à equipa multidisciplinar, com o intuito de diminuir os efeitos colaterais causados pelos tratamentos do cancro.

A existência de uma equipa multidisciplinar, bem como uma comunicação efetiva entre os diferentes intervenientes implicados foi destacada por Pereira (2013) e igualmente referido pelas participantes: “...*a terapeuta e a enfermeira que estiveram mais comigo*” (P3) e “...*entretanto também comecei a ter a consulta da dor e a ter uma medicação que me estabilizasse as dores*” (P8), vindo consolidar os aspetos positivos relatados, de articulação entre profissionais e encaminhamentos para áreas de intervenção importantes às mulheres mastectomizadas.

Categoria - Segurança do cliente

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa, na qual participam ativamente muitos profissionais, de várias especialidades e em diferentes níveis de intervenção, comportando riscos que podem ter sérias consequências na vida dos clientes.

Garantir a segurança e a qualidade dos cuidados reduzindo a probabilidade de ocorrência de erros e reduzindo os riscos exige a todos os profissionais de saúde um permanente estado de alerta. Se a estas premissas acrescermos a complexidade da doença oncológica – com tratamentos que têm impacto a nível físico e psicológico nos clientes e nas suas famílias – percebemos facilmente o quão complexo e exigente é todo o processo do cuidar.

De acordo com Frade (2021, p. 8), “a segurança do doente é considerada como um direito fundamental do cidadão e um dos principais desafios dos cuidados de saúde do século XXI”. Em Portugal a segurança do cliente é uma prioridade da estratégia nacional para a qualidade em saúde, a qual integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 (DGS, 2021).

A gestão do risco inerente a todo o percurso do cliente, conduziu à implementação de medidas como a standardização de processos, criação de protocolos de atuação em novas áreas, difusão de novos conhecimentos, treino individual e em equipas, capacitação para antecipação de acidentes e para reconhecer e remediar erros identificados.

Considerando de particular relevo, a categoria da segurança do cliente, de onde emergiu uma subcategoria à qual foi designada por Gestão e Segurança do Doente, apresentando-se seguidamente a análise e explanada a sua distribuição pelas participantes do estudo, no Quadro 12.

Quadro 12 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Segurança do Cliente

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Segurança	Gestão e Segurança do Cliente	*	*	*	*	*			

Subcategoria – Gestão e Segurança do Cliente

Reconhecer nos enfermeiros, enquanto elemento da equipa multidisciplinar e prestador de cuidados de saúde, como um aliado fundamental para se conseguir a segurança do cliente é salvaguardar a segurança, saúde e bem-estar deste (Frade, 2021).

A prestação de cuidados de saúde, é uma atividade complexa e que é influenciada por diversos fatores, como é o caso da saúde e bem-estar do profissional e das instalações e equipamentos, pelo que, segundo Frade (2021, p. 9) “é inevitável que a mesma não acarrete um certo grau de risco ponderável”.

Neste sentido, a gestão do risco surge como um processo fundamental que cria e implementa medidas que têm como função minimizar/eliminar o risco e assim o dano para o cliente, profissional e equipamentos e instalações e que foram relatadas pelas participantes no estudo: *“...facilitaram-me sim, para ter um espaço mais curto para poder ir à casa de banho com mais facilidade. Até me mudaram a cama para o pé da casa de banho”* (P1), *“de alguma maneira sentir que vocês estão a tomar conta de nós”* (P2); *“...senti-me segura e senti-me confortável e senti que estava no sítio certo com as pessoas certas a olharem por mim, a tomarem conta de mim”* (P4); *“...eu senti segurança enquanto estava cá, no hospital (...) Essa segurança também transporte para casa”* (P5).

Categoria – Satisfação do Cliente

A satisfação da cliente mastectomizada, centralidade da problemática do estudo, posiciona a mulher com uma ação relevante na organização e melhoria dos cuidados prestados, sendo a avaliação da sua satisfação, um indicador de qualidade, que deve ser tido em conta na planificação de cuidados personalizados (Nicolau, 2015; Merêncio & Ventura, 2020; Franco et al., 2021).

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001), aquando da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, considerou a satisfação do cliente, como a primeira das seis categorias, relativos aos enunciados descritivos, que integram os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros. Estes enunciados visam explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da enfermagem, considerados para os clientes, tendo precisamente um enunciado descritivo, centrado na satisfação do cliente. É sem dúvida considerado como um 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 (OE, 2012).

No estudo de Ribeiro (2017), sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem em hospitais portugueses, é citada Potra (2015), na explicitação dos enunciados descritivos, considerando-os como “uma matriz conceptual com potencial para orientar o exercício profissional dos enfermeiros, promovendo e proporcionando, entre outros, a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em enfermagem, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional” (Ribeiro, 2017, p. 91).

Os cuidados de enfermagem são considerados como um dos principais componentes nos serviços de saúde e Karaca & Durna (2019) no seu estudo, posiciona a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, como o mais importante preditor da satisfação geral com os cuidados hospitalares e uma meta importante de qualquer organização de saúde.

Deste modo e pela análise das respostas das participantes, sobressaíram duas subcategorias: Cuidados Prestados aos Clientes e Formação e Educação dos Profissionais, que seguidamente se passa a expor no Quadro 13.

Quadro 13 – Distribuição das subcategorias que integram a categoria Satisfação do Doente

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Satisfação do Cliente	Cuidados Prestados aos Clientes	*	*	*	*	*	*	*	*
		Formação e Educação dos Profissionais	*	*	*	*	*	*	*	*

Subcategoria – Cuidados Prestados aos Clientes

Relativamente aos cuidados de saúde prestados, a maioria das participantes revelaram-se satisfeitas e falam acerca da satisfação com os profissionais de enfermagem: “...não tive dificuldades nenhuma e acho que o serviço foi excecional” (P1); “...é assim, a nível de tratamento superou as minhas expectativas. Fui muito bem tratada, muito, muito bem tratada, muito mesmo” (P4); “...o cuidado com as pessoas foi tudo muito bom” (P5); “...muito, muito, muito espetacular, fui muito bem orientada. E nesse ponto é o que eu estava a dizer até na pasta de enfermagem, tudo são muito leves” (P6); “...é como digo, enfermeiros, auxiliares, médicos. Tudo foi impecável. Eu adorei o hospital” (P7).

O autocuidado é visto como um recurso fundamental no processo de gestão das dificuldades impostas pela doença e tratamentos, pelo que, reforçar a importância do cuidado diário, acompanhar a evolução de cada cliente é imprescindível para um resultado positivo (Silva et al., 2018).

As práticas dos enfermeiros devem ser individualizadas e conducentes com as mais recentes evidências científicas e de promoção das aprendizagens sobre a forma de aumentar os recursos pessoais, familiares e comunitários para que as clientes possam lidar com os desafios da saúde (OE, 2001; Pereira, 2013). As práticas dos enfermeiros são também referidas pelas participantes, como marcantes: “...é muito complicado de superar e nem todos os enfermeiros têm aquela, nem sei como dizer, os encantadores de veias” (P4) e uma das participantes referiu que “...realmente não houve esse tipo de apoio não houve, não” (P8).

Subcategoria – Formação e Educação dos Profissionais

Conscientes de que os cuidados de enfermagem ajudam a gerir os recursos pessoais, familiares e da comunidade em matéria de saúde, (OE, 2001; Pereira, 2013), torna-se fundamental investir nas áreas de formação profissional e desenvolvimento formativo em atualização permanente.

As reformas na saúde exigem adaptação e perceção dos novos conceitos de gestão. Tal constatação é referida por Santos (2018) e acrescenta que, confere “às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor, perspetivando-se que a resolução dos vários problemas

tem solução na formação, no empenho e competências dos profissionais e na qualidade dos serviços” (p. 3).

Nas preocupações com a gestão eficiente, objetiva, responsável, com objetivos estratégicos e foco nos resultados finais, surge a designada governação clínica que de acordo com Silva & Barroso (2014), assenta nos eixos da educação/formação continua, auditorias clínicas, efetividade clínica, investigação/inação, abertura/transparência e gestão de risco.

Na globalidade as apreciações resultantes dos relatos das participantes, demonstram satisfação e evidenciam até em alguns casos, estarem bastante satisfeitas: “...aqui deram-me as luzes” (P1); “...eu não tenho razão de queixa. Eles são amáveis, eu chamava e vinham logo” (P2) ou “...as enfermeiras são muito amorosas, são muito delicadas” (P3); “...gostei muito deles. Davam aqueles carinhos à gente, a gente não tinha” (P4); “...a enfermagem foi tudo impecável nesse aspeto (...) para continuar sempre assim, que é muito bom. Porque eu não tenho razão de queixa da assistência” (P7); “...na pasta de enfermagem, tudo são muito leves. Eu senti um ambiente muito leve. no caso da fisioterapia e da nutrição, é uma crítica construtiva, claro, eu achava que podia ir um bocadinho mais além” (P8).

Sobressai ainda a valorização da comunicação e o apoio como fundamentais no percurso de transição, envolto em significativas mudanças: “...devia haver uma comunicação mais frequente, mais simples” (P2); “...mas desse estímulo a fazer com que as pessoas voltassem à sua rotina normal que eu acho que no fundo é o que afeta mais a todos nós, doente” (P6).

Martins & Perroca (2017) vem acentuar a “comunicação como elemento essencial no cuidado, sendo o alicerce de relações interpessoais” (p. 1084). O seu estudo salienta que apesar da comunicação se ter mostrado efetiva, “os pacientes sentem necessidade de mais orientações sobre o cuidado do que tem recebido” (Martins & Perroca, 2017, p. 1084).

A análise dos relatos das participantes do estudo, relativas às intervenções dos enfermeiros e aos cuidados a que foram sujeitas, ainda que a merecer aspetos a melhorar, revelou-se transversalmente positiva, seguindo as linhas orientadoras e preocupações com o futuro da saúde.

Procurando sintetizar os aspetos globais resultantes desta análise, apresenta-se no capítulo seguinte a apresentação dos resultados.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A mulher submetida a mastectomia, privilegia de intervenções de enfermagem no seu processo de tratamento cirúrgico de cancro da mama, concretamente na promoção do autocuidado. Esta realidade profissional, a necessidade de conhecimento da sua satisfação com os cuidados de enfermagem prestados e a importância do papel do enfermeiro gestor, nesta área de intervenção clínica, foram entendidas como pertinentes para o desenvolvimento deste estudo.

O cancro da mama é uma doença que desestrutura a mulher, por se tratar de uma patologia agressiva, envolvendo uma forte componente física com impacto significativo na auto-imagem e autoconceito da cliente e na qual a sua vivência, ainda hoje, para muitas mulheres, pode ter um impacto muito negativo e ser vivenciado até como uma sentença de morte. Apesar dos múltiplos avanços científicos e tecnológicos, a atualidade dita uma realidade em que muitas mulheres sentem a presença de múltiplos efeitos nefastos, resultantes das estratégias/alternativas terapêuticas a que foram sujeitas e em alguns casos, temem pela vida a partir do momento em que se confrontam com o diagnóstico de cancro da mama.

A mastectomia como recurso cirúrgico ao tratamento, ainda que benéfico na resolução de um problema de saúde é simultaneamente causadora de grande impacto na qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com a patologia de cancro da mama.

A satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem é considerada como indicador fundamental num serviço de saúde de qualidade. Os estudos demonstram que a satisfação do cliente é o resultado do valor e impacto nos clientes face aos cuidados de enfermagem que receberam, tal como refere Bernardo & Lucas (2020), pois avaliar o nível de satisfação do cliente, é um desafio e deve ser feito com precisão por forma a evidenciar a reação do cliente aos cuidados que recebeu usando um instrumento válido e confiável.

A assunção da responsabilidade pela garantia da satisfação do cliente, envolve todos os intervenientes do seu percurso de saúde/doença e no que aos cuidados de enfermagem diz respeito, a gestão dos mesmos, “enquanto dimensão do papel do enfermeiro chefe em contexto hospitalar de internamento, tem como ponto de partida os clientes dos serviços e a resposta às suas necessidades de cuidados e como finalidade que os cuidados de enfermagem prestados sejam de qualidade” (Potra, 2015, p. 194).

Com estes pressupostos e de acordo com o objetivo deste estudo, pretende-se analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado, numa resposta às reais necessidades. Após a análise e discussão dos dados foi possível sintetizar os resultados obtidos e relacionar com os objetivos do estudo. Para tal explicitam-se, os três (3) temas emergentes: O Cuidado Sensível, Intervenções de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Relativamente ao tema **O Cuidado Sensível**, os resultados da análise dos dados permitiram sintetizar o tema do cuidado sensível, em duas (2) categorias: Dificuldades da Mulher Mastectomizada e Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária.

A análise dos relatos que integram a categoria Dificuldades da Mulher Mastectomizada, possibilitou a constituição de quatro (4) subcategorias: Presença de Dor, Significado de Cancro, Alteração da Auto-Imagem e Limitação Física e/ou Complicações e os resultados permitiram concluir que é atribuída maior valorização à presença de dor e às limitações físicas e complicações em detrimento do significado do cancro e mesmo às alterações da auto-imagem, presente na maioria das avaliações realizadas pelos enfermeiros e referidas também pelas participantes do estudo. A análise dos dados, permitiu obter resposta ao objetivo traçado, para conhecer as dificuldades sentidas das participantes do estudo, nos autocuidados. A presença de dor e a limitação física e/ou complicações, sobressaíram nos relatos das participantes e foram as dificuldades consideradas significativas e com impacto preponderante nos seus autocuidados. A análise de conteúdo permitiu ainda conhecer as dificuldades que as participantes do estudo atribuem menor relevância e que foram categorizadas pelo significado do cancro e pela alteração da auto-imagem.

Relativamente à categoria, designada por Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária, foi possível traçar quatro (4) subcategorias: Aprendizagem e Treino de Habilidades, Ensino/Folhetos, Família/Cuidador e Recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais e nestas sobressaem as subcategorias Aprendizagem e Treino de Habilidades, Ensino/Folhetos como as intervenções mais referidas pelas participantes como mais sentidas por elas e desenvolvidas pela equipa de enfermagem. Por outro lado as subcategorias, Família/Cuidador e Recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais, ainda que para si sejam consideradas de elevado significado nos cuidados, teve menor impacto na altura e igualmente presente nos profissionais de enfermagem. Igualmente foram identificadas as necessidades na promoção do autocuidado, importantes para as mulheres mastectomizadas no seu regresso a casa, na resposta ao objetivo traçado e de onde se destacaram os ensinamentos e as informações em folhetos, a aprendizagem e o treino de habilidades, a presença de familiar ou cuidador e ainda os recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais como diferenciadores na capacitação para o autocuidado. A análise dos dados permitiu ainda fazer sobressair na procura de respostas às necessidades, onde as participantes destacaram o olhar clínico, a atenção permanente e cuidada, bem como a articulação entre profissionais.

A análise do **tema das Intervenções de Enfermagem** permitiu imergir duas (2) categorias: Orientações para o Autocuidado e Sistematização dos Cuidados para a Alta.

A categoria Orientações para o Autocuidado, contempla os relatos mais enfatizados pelas participantes e permitiu integrá-los em cinco subcategorias: Cuidados de Higiene, Vestir e Despir, Alimentar/ Transferir e Posicionar, Reeducação Funcional e Cuidar da Casa e Regresso ao Trabalho, todas referidas pelas participantes como presentes nas intervenções

dos enfermeiros, em resposta às suas necessidades, ainda que com potencial de melhoria e consideradas por elas de maior impacto na sua vida do dia a dia. As intervenções de enfermagem assumem uma valorização em consonância com as necessidades da mulher mastectomizada.

Teve igualmente destaque a categoria Sistematização dos Cuidados para a Alta, onde foram identificadas três (3) subcategorias: Organização e Uniformização dos Cuidados; Humanização dos Cuidados e Orientações para a Alta. Estas subcategorias foram valorizadas na sua globalidade pelas participantes e experienciadas por elas nos cuidados de enfermagem que lhes foram prestados, considerando necessárias orientações estruturadas dos autocuidados e potencial de melhoria na organização e uniformização das intervenções pelas várias equipas de trabalho, contribuindo para uma melhor sistematização dos cuidados de enfermagem

E por último, o tema relacionado com **a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, bastante desenvolvido pelas participantes, na valorização por elas atribuída a ações promotoras do autocuidado e como tendo estado presentes nos cuidados de enfermagem a que foram sujeitas. Neste sentido houve necessidade de categorizá-las em: Ações Relevantes de Enfermagem, Resposta às Necessidades, Segurança e Satisfação.

A categoria das Ações Relevantes de Enfermagem integra três (3) subcategorias: Cuidados Individualizados, Prevenção e Controlo da Infecção e Continuidade dos Cuidados, ficando patente a relevância atribuída a estes cuidados, nos relatos das participantes do estudo, sendo os cuidados individualizados referido por todas como muito importante.

No que diz respeito à categoria Resposta às Necessidades, os relatos foram muito explícitos e permitiram integrar duas (2) importantes subcategorias: Olhar Clínico/Atenção Permanente e Cuidada e Articulação entre Profissionais. Em paralelo com os cuidados individualizados, estas categorias estiveram presentes nos relatos do universo das participantes, atribuindo particular relevo no sentimento de se ser único e necessitar de cuidados atentos, permanentes e dirigidos a si. É ainda fortemente referida a importância na articulação entre profissionais, considerada de grande relevância para a continuidade da recuperação e impacto significativo nos autocuidados.

A integração da categoria Segurança do cliente, subcategorizada em Gestão e Segurança do Cliente e das Instalações, merece atenção pelo facto de ser menos abordada pelas participantes do estudo. O tema da segurança do cliente parece ganhar menos valorização, podendo estar relacionado com a priorização em paralelo com as vivências e os conhecimentos.

A última categoria identificada foi a Satisfação do cliente e permitiu subdividir em duas (2) subcategorias: Cuidados Prestados aos Clientes e Formação e Educação dos Profissionais e que sintetizaram os relatos das participantes e como tal referidas por todas como significativas para a sua satisfação.

Estes resultados permitem relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem, considerando os ensinamentos e as informações em folhetos, a aprendizagem e o treino de habilidades, em destaque para a promoção dos autocuidados, evidenciando os cuidados prestados de higiene, vestir e despir, posicionar e transferir. Globalmente, as mulheres mastectomizadas consideram-se satisfeitas com as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado, evidenciando a formação e a educação dos profissionais na resposta à melhoria da qualidade e segurança, durante o internamento em cirurgia.

Assim nesta síntese dos dados obtidos, importa igualmente referir as áreas que merecem reflexão e um pensamento crítico, sobre a necessidade de melhoria das intervenções de enfermagem tendo por base a análise efetuada às entrevistas das participantes do estudo como sejam: sensibilidade nos cuidados, orientações estruturadas dos autocuidados, sistematização dos cuidados de enfermagem e maior articulação dos cuidados de saúde após a alta clínica da mulher mastectomizada.

Apresenta-se no capítulo seguinte as considerações finais, numa síntese reflexiva de todo o estudo desenvolvido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo das mulheres submetidas a mastectomia, estratégia terapêutica do cancro da mama, que pode causar impacto físico e emocional desfavorável, gerador de grande sofrimento e limitação das atividades de vida das mulheres a ela submetida, com consequente influência na qualidade de vida e independência, prende-se com a necessidade de promoção do autocuidado através das intervenções de enfermagem em resposta as verdadeiras necessidades das mulheres mastectomizadas, traçando-se como objetivo geral, analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado, numa resposta às suas reais necessidades.

Os padrões da qualidade em saúde, posicionam o gestor de enfermagem num privilegiado e simultaneamente desafiante, exercício das suas funções, pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, como contributo inegável para elevar a qualidade em saúde.

A visão contemporânea da enfermagem integra um conjunto de intervenções centrando-se nesta especificidade, a promoção do autocuidado, permitindo potenciar as capacidades, gerir recursos e prevenir complicações através de um acompanhamento integral da cliente numa abordagem holística e multidisciplinar.

Com base na análise dos resultados destacam-se as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado como fundamentais na capacitação para a mudança, respondendo às necessidades específicas, permitindo uma forte ligação entre a vivência da mulher no processo de adaptação e a respetiva autonomia nos autocuidados.

Contudo, foi possível identificar nas respostas das participantes face à sua vivência que, dos cuidados a que foram sujeitas, nem sempre estiveram presentes, denotando-se necessidade de melhorar a sensibilidade nos cuidados, conseguir orientações estruturadas dos autocuidados, incrementar a sistematização dos cuidados de enfermagem e melhorar a articulação dos cuidados de saúde após a alta clínica da mulher mastectomizada. Ainda assim muitos foram os relatos sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem na sua globalidade e com a organização de saúde em geral.

Esta síntese emerge nas propostas de melhoria da qualidade dos cuidados, apresentadas pelas participantes, considerando atingidos os objetivos traçados, mas abrindo espaço para o desenvolvimento de projetos de intervenção/melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem, às clientes submetidas a uma mastectomia e por inerência outros tipo de cirurgias, evidenciando assim um grande contributo para a profissão e a melhoria das práticas clínicas.

O percurso realizado no desenvolvimento pessoal e profissional e o conhecimento das múltiplas áreas da enfermagem constituiu um desafio crescente na construção, articulação e maturação para um patamar de maior rigor e exigência profissional, norteados pelo contributo

na melhoria dos cuidados às clientes e para a enfermagem. Ainda que pautado pelo significativo impacto da pandemia covid, limitando a adesão e os receios das participantes e dificultando as acessibilidades e os espaços na instituição, para a realização das entrevistas, foi possível a sua concretização, tal como se apresenta no cronograma final (Apêndice XII). Acrescem ainda as dificuldades sentidas, assentes na premissa de um compromisso compatível com as exigências laborais e a gestão das alterações do estado de saúde pessoal e familiar.

A pertinência deste tipo de estudos, revelou-se significativa e pressupõe um investimento acrescido, permitindo incrementar os dados recolhidos e torná-los ainda mais credíveis na evidência científica em enfermagem, dando a conhecer os resultados do estudo, por exemplo com a publicação de um artigo e deste modo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às mulheres submetidas a mastectomia. Merecem desenvolvimento de esforços os estudos que contribuem para a melhoria das práticas, traduzindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, com relevo nas competências do enfermeiro gestor.

Como limitações deste tipo de estudo destaca-se a especificidade desta população analisada não podendo ser extrapolada para outras e ainda a ocorrência do período pandémico covid, que condicionou em larga medida o percurso, tornando-se condicionado às várias oscilações em função da determinação dos estados de emergência e calamidade, ocorridos entre 2020 e 2022.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, P. (2013). Building nurse executives. *Nursing Management*, August, 52- 54.
- Alsaqri, S. (2016). Patient satisfaction with quality of nursing care at governmental hospitals, Ha'il City, Saudi Arabia. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 6 (10), 128 - 142.
- Anguita, M., Sanjuan-Quile, Á., Ríos-Risquez, M., Valenzuela-Anguita, M., Juliá- Sanchis, R. & Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: Análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. IV, Outubro-Diciembre, número 23, 59-74.
- Aiken, L., Sermeus, W., Heede, K., Sloane, D., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L. , Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, S. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344 (e1717), doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Almeida, R. A. (2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9 (2), 99-113.
- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.
- American Cancer Society (2021). Survival Rates for Breast Cancer. Acedido em 12/12/21.
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Baia B., Moia C., Santana J., Araújo J. & Santana M. (2019). Viver mastectomizada: a realidade experimenta da por mulheres mastectomizadas em tratamento radioterápico e num Hospital do Município de Belém. *Revista Enfermagem Brasil*, 18 (5), 625-631.
- Bernardo & Lucas (2020). Satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem - revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 822 - 832. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.822-832>.
- Bordallo F., Teixeira E., Silvino, Z., Christovam, B., Escudeiro, C. (2013). O educar como prática facilitadora do processo de cuidar às mulheres mastectomizadas: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7(esp), dez, 7107-17.
- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health* (4ª ed.). Bershine: McGraw-Hill Education.
- Breda, F. (2019). Critérios de referenciação para a unidade de estudo e tratamento da dor nos doentes com cancro de mama. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto.
- Brito, J., & Marcelino, J. (2014). Desempenho ocupacional de mulheres submetidas à mastectomia/Occupational performance of women subjected to mastectomy. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 22(3). <https://doi.org/10.4322/cto.2014.068>.

- Camões, M., Gomes, B., Pinto, C. (2015). A mulher mastectomizada: Enfermeiro de Reabilitação na Promoção do Autocuidado. *Onco News*, (29):14-22. Disponível em: <https://onco.news/index.php/journal/article/view/122>
- Camões, M. J. (2014). A mulher mastectomizada: O enfermeiro de reabilitação na promoção do auto-cuidado. *Dissertação de Mestrado*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carretas, N. & Fonseca, C. (2018). Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: Ganhos dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação - Dissertação de Mestrado. Évora: Universidade de Évora. Portugal.
- Carvalho, A., Santos, T. & Linhares, F. (2012). Promoção do Autocuidado a Mulheres Mastectomizadas. *Cogitare Enfermagem*. Jul/Set, 17(3), 485-91.
- Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M. & Faustino, S. (2015). Dor 5º Sinal Vital. Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Grupo Dinamizador dos PQCE – Dor 5º Sinal Vital, IPOLFG, E.P.E, 2ª Edição.
- Cherry, B. & Jacob, S. (2019). *Contemporary Nursing: Issues, Trends, and Management*. Missouri: Elsevier, 8ª edição.
- Coelho M., Sampaio M., Pereira E., Martins C., Silva, R., Medeiros, C. (2010). Women Mastectomized : a Proposal of Self Care Based on Michel Foucault ' S Ideas. *Rev Enferm UFPE On Line.*, 4(1), 311–318.
- D'Innocenzo, M., Adami, N., & Cunha, I. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, jan-fev, 59 (1), 84-8.
- Decreto-Lei n.º 71/2019 (2019). Regime Legal da Carreira Especial de Enfermagem. 2628. Portugal: Diário da República, 1.ª série - N.º 101 - 27 de maio de 2019.
- Dejange, M., Kiani, F., Tabatabaei, S. & Tasbandi, M. (2018). Effect of Orem's Self-Care Model Training Program on Anxiety of Women with Breast Cancer: A Clinical Trial Study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, May; 7(2).
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. Ministério da Saúde. (2019). Diário da República nº.101/2019. Série I. 2626-2641. ELI: <https://data.dre.pt/eli/declei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>
- Direção Geral da Saúde (2015). Despacho nº5613/2015 de 27 de Maio. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República. 2ª Série, Nº 10. 13550-13553. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2021) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2.ª série, N.º 187, 24 de setembro de 2021.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Doran, D., Mildon, B & Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a

- knowledge sythesis. *Canadian Journal of Nursing Leardership*, 24(2) 38-57
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021). Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. Porto: ESEP.
- Ferreira, M. (2017). Reabilitação da mulher mastectomizada: Da informação à capacitação (Dissertação de mestrado). Recuperado de http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.1190/1959/1/Marilia_Ferreira.pdf
- Ferreira, V., Prado, M., Panobianco, M., Gozzo, T., & Almeida, A. (2014). Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(1), 107-111.
- Ferreira, M. M. (2012). Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias. In Queirós, P. J. P (Coord), *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*. 57-73. Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Frade, B. (2021). Gestão do risco na prestação de cuidados de saúde: uma visão integrada para a promoção da segurança do doente. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações. Escola superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- Franco, A. , Anjos, B. & Ribeiro, W. (2021). Sistematização da assistência de enfermagem no cuidados com a mulher mastectomizada: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, pp. 1-15.
- Gaspi, S. & Magalhães Júnior, C. A. O. (2020). Ensino híbrido e educação ambiental: uma intersecção possível. *Revista Contexto & Educação*, v.35, n. 110, p. 142-162. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/9234>.
- Goodman, D., Ogrinc, G., Davies, L. G. (2016). Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V.2.0: examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature. *BMJ QualSaf.*
- Gray, J., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis, Missouri: Elsevier. Eighth edition.
- Horodnica, A., Apetbeib, A., Lucac, F., & Ciobanuc, C. (2018). Rating healthcare services: consumer satisfaction vs health sytem performance. *The service industries Jornal*, Volume 38, Edição 13-14.
- Hungler, D., Beck, C.T. & Polit, B. (2018). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artmed.
- Inchauspe, J. A. (2015). Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.28, n.2, 177-182.
- International Council of Nurses (2015). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- International Agency for Research on Cancer (2021). *List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, IARC Monographs Volumes 1 to 129*. Disponível em: (https://monographs.iarc.who.int/wpcontent/uploads/2019/07/Classifications_by_cancer_site.pdf).
- Júnior, C. & Batista, M. (2021). Metodologia da pesquisa em educação e ensino de ciências. 1. edição -- Maringá, PR : Gráfica e Editora Massoni.
- Júnior, J. M. (2015). Mensuração da Satisfação do Cliente com o Serviço de Enfermagem e sua Relação com a Avaliação do Serviço Hospitalar. *Revista Gestão & Tecnologia*, 15(2), 68 - 89.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535 - 545
- Karami, A., Farokhzadian, J., & Forouchamir, G. (2017). Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLoS ONE*, v.12, n. 11, e0187863.
- Lago, E., Andrade, N., Nery, I. & Avelino, F. (2015). Sentimento de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. *Ciência&Saúde*, 8 (1), 15-18
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2021). *Cancro da mama: um problema de saúde pública*. Disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>.
- Marques, S. & Haddad, C. (2014). A importância do exercício físico no pós-operatório imediato de câncer de mama. *Revista Unilus Ensino e Pesquisa*, 11(24), 54-56.
- Martins, P. & Perroca, M. (2017). Necessidades de cuidados: o olhar do paciente e da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(5), 1080-6.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S. (2015). Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5. Obtido de <http://www.fons.org/library/journal.aspx>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5th ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer Health.
- Mendes, L., & Fradique, M. (2014). Influence of leadership on quality nursing care. *Int J Health Care Qual Assur*, v. 27, n. 5, 439-50.
- Merêncio, K., & Ventura, M. (2020). Vivências da mulher mastectomizada: a enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-8.
- Mitchell, P., Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality health outcomes model. *Image: Journal of nursing scholarship*, 30, 43-46.
- Muller, E. T., Pereira, A. D., Zamberlan, C., & Ferreira, C. D. L. (2018). Contribuição da

- enfermagem na reabilitação da mulher com câncer de mama: Revisão Narrativa. RDS 19 (2): 255-265.
- Murray, E. (2017). *Nursing leadership and management - For patient safety and quality care*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Nicolau, S. (2015). Cuidados Sensíveis de enfermagem a mulheres submetidas à Mastectomia: Subsidios para uma ação educativa com enfoque na dimensão ética e estética. *Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial*. Niterói: [s.n.], Brasil.
- Nicolau, S., Teixeira, E., Pereira E., Ferreira J., Oliveira, S., Sant'Anna, R. (2018). Cuidados de enfermagem à mulher na mastectomia: Estratégia de educação em saúde. *Saúdecoletiva*. (08) edição 45, 783 - 788.
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxilio* (1ª edição ed.). Lisboa: Chiado.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar. *Padões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.
- Ordem dos enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE versão 2. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). REPE | Estatutos. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.
- Pelletier, L. R., & Stichler, J. F. (2013). Action brief: Patient engagement and activation: A health reform imperative and improvement opportunity for nursing. *Nursing Outlook*, 61, 51- 54. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.11.003>
- Pena, M. M., & Melleiro, M. M. (2012). Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 2, 197 - 203.
- Pereira, F. (2018). Satisfação do Paciente Hospitalizado com os Serviços de Enfermagem. *Tese de Doutorado em Enfermagem*. Rio Grande - Brasil: Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
- Pereira, I. F. (2013). Regresso a casa: Estrutura da ação de enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Editora, 248 p.
- Pereira C., Santana L., Valente, M., Moura, E., Américo, C. & Almeida, P. (2013). Déficit No Autocuidado Para Se Vestir De Mulheres Mastectomizadas Self-Care Deficit in

- Dressing of Mastectomized Women. *Rev Enferm UFPE on Line*, 7, 6206–6215.
<https://doi.org/10.5205/reuol.4397-36888-6-ED.0710esp201320>
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Coimbra : Formasau.
- Pinto, L. (2018). Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado. Relatório de Estágio elaborado na Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação. Universidade de Évora.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health.
- Potra, T. (2006). Ser enfermeiro chefe: papéis prescritos e subjetivos. Dissertação de Provas Públicas de acesso à categoria de Professor Coordenador, não publicada, apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil, Lisboa, Portugal.
- Potra, T. M. R. F. (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem. *Tese de doutoramento*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/20608>
- Rabie, T., & Klopper, H. (2015). Guidelines to facilitate self-care among older persons in South Africa. *Health SA Gesondheid*, 20, 33 - 44.
- Regulamento nº 76/2018 (2018). Regulamento da competência acrescida em gestão, *Diário da República*, 2ª série – nº21 – 30 de janeiro 2018, 3478 - 3487.
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*(14), 89-100.
- Rodrigues, C. (2017). Qualidade de Vida em Mulheres Adultas Mastectomizadas. (Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível em: https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4749/1/ClaraMariaMoreiraGuedesRodrigues_DM.pdf
- RON (2021). *Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal*. Lisboa: Registo Oncológico Nacional.
- RORENO (2016). *Registo Oncológico Nacional 2010*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE, Porto.
- Sá, F. (2020). As mulheres com cancro da mama e a vida profissional. Mestrado área de especialização em gestão e desenvolvimento de recursos humanos. Instituto superior de contabilidade e administração do porto politécnico do porto.
- Santos, N. M. (2010). *Ferramentas e controlo de gestão: um factor de competitividade*. (T. d. Gestão, Ed.) Repositorio.iscte-iul.pt: <http://hdl.handle.net/10071/3060>.
- Santos, L. Araújo, N. (2018). Garantia de qualidade e eficiência em Saúde. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*.
- Scofano, B., Lima, A., Silva, R., Penna, L., Andrade, K. & Pinheiro A. (2020). Ações/plano de alta da enfermagem à mulher submetida à mastectomia. *Revista Nursing*, 23 (263): 3736 - 3374.

- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* (55), 11-20.
- Silva, G., Fernandes, B., Melo, M. & Almeida, M. (2013). O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres mastectomizadas. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 39, n. 1 e 2, Jan - Jun, 45-50.
- Silva, C. & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2), 197-205.
- Silva, A. H. & Fossá, M. I. T. (2015). Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, Campina Grande, v. 16, n. 2, p. 01-14, jan./jun.
- Silva, R., Ferreira, L., & Pereira, F. (2018). Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da mulher ao cancro da mama. *ON* 36, Jan - Jun, 26 - 36.
- Silva G., Bastos K., Araújo A., Bispo T., Oliveira G., Schulz R. (2018). Mulheres submetidas à mastectomia: Aspectos sentimentais e emocionais. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 7(1), 72 - 80. Doi: 10.17267/2317-3378rec.v7i1.1213.
- Society, A. C. (2021). *What is breast câncer?* Obtido de Consultado em <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-what-is-breast-cancer> .
- Vieira, M. (2004). Da deontologia profissional à ética de enfermagem. *Revista (In)formar*, (10) 33, 68 - 72.
- Trescher, G., Amante, L., Rosa, L. ; Girond, J., Varela, A., Oro, J., Rolim, J. & Santos, M. (2019). Necessidades das mulheres com câncer de mama no período pré-operatório. *Revista Enfermagem UFPE on line*. Recife, 13(5), 1288 - 1294.
- Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2741–2752. doi:10.1111/Jan.12740
- Thompson, I.; Melia, k. & Boyd, k. (2004) Ética em enfermagem. 4ª Ed. Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO Press. Disponível em: <https://books.google.pt/>
- World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki of the World Medical Association: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 310, 2191 - 2194. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1143 - 1147. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011
- Yoder-Wise, P. S. (2019). *Leading and Managing in Nursing*. (7ª Edição). Missouri: Elsevier.

ANEXOS

**ANEXO I – Parecer favorável da Comissão de ética para a Saúde
do Centro Hospitalar**

PARECER

Código de Aprovação **2233**

Projeto de Investigação de Mestrado,

Título: **"Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado"**

Investigadora Principal: **Enf.ª Isabel Pão Alvo** (Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral I do
| Aluna no Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, na
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – ESEJL)

Serviço no _____ onde decorrerá o estudo: **Serviço de Cirurgia Geral I do _____**

Após reunião de 07 de março de 2022 e estando o projeto de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do
_____ presentes em reunião de 07 de março de 2022:

Presidente:

Pelo exposto, emitiu-se a 14 de março de 2022, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

ANEXO II – Base de dados do Sistema de informação para a morbilidade hospitalar (SIMH)

Data de alta	Serviço de	Descrição e Especialidade	Descrição e Data GDH	GDH APR	Versão apr	Descrição e C	GDH GDH	Descrição e Tipo GDH
24-09-2021 20:00	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
04-12-2021 13:35	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
28-12-2021 16:15	7	Cirurgia ge	#####	353 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
06-08-2021 12:12	7	Cirurgia ge	#####	352 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
09-08-2021 11:20	7	Cirurgia gen	#####	353 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
10-08-2021 16:30	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
24-08-2021 13:39	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
05-09-2021 15:09	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
08-09-2021 16:25	7	Cirurgia ge	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
14-09-2021 12:30	7	Cirurgia gen	#####	363 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
17-09-2021 15:30	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
17-09-2021 15:20	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
28-05-2021 15:08	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
27-05-2021 14:50	7	Cirurgia ge	#####	363 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
01-10-2021 12:45	7	Cirurgia ge	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
06-10-2021 15:00	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
11-10-2021 12:22	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
19-10-2021 12:33	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
14-10-2021 15:39	7	Cirurgia ge	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
26-10-2021 14:50	7	Cirurgia ge	#####	363 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
27-10-2021 11:31	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
04-11-2021 11:30	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
03-11-2021 15:47	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
10-11-2021 14:15	7	Cirurgia ge	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
12-11-2021 18:00	7	Cirurgia gen	#####	363 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
16-11-2021 11:15	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
16-11-2021 11:15	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
30-11-2021 16:10	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
06-12-2021 12:30	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
20-12-2021 15:36	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
23-12-2021 16:46	7	Cirurgia gen	#####	363 APR31	Procedime	9 Doenças e C		
31-12-2021 10:30	7	Cirurgia gen	#####	362 APR31	Procedime	9 Doenças e C		

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

Satisfação das Mulheres Mastectomizadas com as Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado:

Revisão Integrativa

RESUMO

Problemática: Considerando as mulheres submetidas a mastectomia com necessidades nos autocuidados, torna-se necessário conhecer a sua opinião em relação às intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado.

Objectivo: Analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa na EBSCO (CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database of Systemic Reviews e LILACS), e artigos identificados por outras fontes: Scopus, utilizando o método de PI[C]O. A pesquisa foi realizada usando os termos MeSH e palavras-chave pela opção “full text”. Os estudos selecionados foram os publicados de 2009 a 2019. Para avaliar a literatura foram utilizados os Níveis de Evidência propostos por Melnyk e Fineout-Overholt. Resultou um total de 21 artigos, dos quais foram extraídos e revistos 7.

Resultados: Os resultados da análise dos artigos incluídos na revisão integrativa, permitem sintetizar as intervenções de enfermagem, promotoras do autocuidado em mulheres mastectomizadas: Ações Educativas através de manuais e criação de grupos de apoio; a Reabilitação Física com incidência no cuidado de si e nos exercícios de recuperação e a sistematização da assistência de enfermagem com o recurso ao sistema de informação CIPE. Ficou patente a significativa percentagem de mulheres com deficit no autocuidado, referido nos vários estudos. O número reduzido de artigos, pressupõe investimento acrescido nesta matéria, permitindo incrementar os dados recolhidos e torná-los ainda mais credíveis na evidência resultante desta Revisão Integrativa.

Conclusões: Destacam-se as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado como fundamentais na capacitação para a mudança, respondendo às necessidades específicas, permitindo uma forte ligação entre a vivência da mulher no processo de adaptação e a respetiva autonomia nos autocuidados: Ações educativas, reabilitação física e potenciação do recurso do processo de enfermagem.

Palavras-chave: Mastectomia (Mastectomy), Autocuidado (Self-Care), Enfermagem (Nurs*) e Gestão (Management)

INTRODUÇÃO

O ser humano vive em constante interação com o meio e a sociedade, na expectativa de estabelecer excelentes relações humanas com os seus semelhantes, alcançar melhor saúde e qualidade de vida. Este patamar de bem-estar é muitas vezes rompido no confronto com um diagnóstico de cancro.

A patologia neoplásica mamária é uma das doenças com maior impacto na mulher, não só pela frequência, muitas vezes, associado a uma imagem de gravidade, mas essencialmente porque afeta um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade.

A mastectomia continua a ser uma das intervenções cirúrgicas mais prevalentes e de primeira linha no tratamento do cancro da mama, onde as complicações de natureza física, nomeadamente a dor, as parestesias da região axilar, a diminuição da força, a limitação da amplitude de movimento do ombro e o linfedema, são manifestações significativamente prevalentes após a cirurgia, que se refletem diretamente na sua recuperação funcional com implicações diretas no autocuidado.

Em 2018, de acordo com a International Agency for Research on Cancer, estimava-se em todo o mundo o surgimento 2 088 849 (11.6%) de novos casos (Bray et al., 2018). Em Portugal, o cancro da mama é também o mais frequente entre as mulheres, cerca de um terço dos tumores diagnosticados correspondeu ao cancro da mama, correspondendo-lhe uma taxa de 31.1%, com uma taxa de incidência de 118,5/100000 de todos os casos de doença oncológica que ocorre no género feminino. (RORENO, 2016)

Na melhoria da prestação de cuidados de saúde, um dos critérios de sucesso é saber em que medida os serviços de saúde conseguem ir ao encontro das necessidades e carências dos cidadãos utilizadores. Para tal, é imprescindível escutar as opiniões emitidas pelos utentes, sobre em que medida os cuidados dos quais foram alvo contribuíram para melhorar, minimizar ou resolver o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2017). A medição da satisfação dos utentes é essencial para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo

também uma oportunidade de participação do utente na construção de um Serviço de Saúde à sua medida, baseado na percepção e valorização dos serviços prestados.

A qualidade dos cuidados é considerada uma componente essencial da prática clínica em enfermagem e as políticas de saúde recentes, enfatizaram o papel dos enfermeiros no cumprimento da agenda da qualidade (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006) em todos contextos de prestação de cuidados. Assume aqui o gestor de enfermagem, um papel relevante em todas as atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem, desde garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera, a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, a prática profissional baseada na evidência e a gestão da unidade e da equipa, otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde.

O tratamento, particularmente a cirurgia, apesar da evolução nos últimos anos, continua a ser muito danosa pela sua elevada incidência em termos de comorbilidades e consequências deixadas a nível físico, emocional e social, na mulher, na sua família e respetiva rede social envolvente (Brito, J. & de Queiroz Marcelino, J., 2014).

A literatura descreve a mastectomia como sendo responsável por uma série de alterações na vida da mulher, pois reveste-se de uma experiência emocionalmente agressiva e fisicamente traumática pela mutilação a que está sujeita e pelas sequelas físicas que perpetuam ao longo da vida da mulher.

A mastectomia, apesar da evolução nos últimos anos, continua a ser muito lesiva pela sua elevada incidência em termos de comorbilidades e repercussões deixadas a nível físico.

Esta realidade é vivenciada pelos enfermeiros, no confronto com a crescente taxa de ocupação do serviço de internamento de cirurgia, com doentes com patologia oncológica mamária, com necessidade de mastectomia, gerando na equipa maiores preocupações e desafios, na procura de mais e melhores respostas às necessidades das doentes.

Enquanto profissional de saúde privilegiado pela proximidade e tempo de contacto com o doente, o enfermeiro tem uma intervenção fulcral nas ações promotoras do autocuidado.

Esta problemática vai ao encontro da questão de investigação: **Qual a opinião das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado?** Deste modo, define-se como objetivo para a

presente revisão integrativa: Identificar na literatura as evidências sobre a opinião das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado.

METODOLOGIA

A metodologia trata-se de uma revisão integrativa, método amplamente utilizado internacionalmente em pesquisas na área da enfermagem e na prática baseada em evidências por sintetizar achados de estudos com diferentes metodologias em uma mesma revisão (Lak et al., 2014). As seis etapas para sua estruturação foram: 1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos e escolha das bases de dados para a busca; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) interpretação e discussão dos resultados; e 6) proposta de análise e síntese dos dados e apresentação do conhecimento produzido (Mendes, Silveira, & Galvão, 2009).

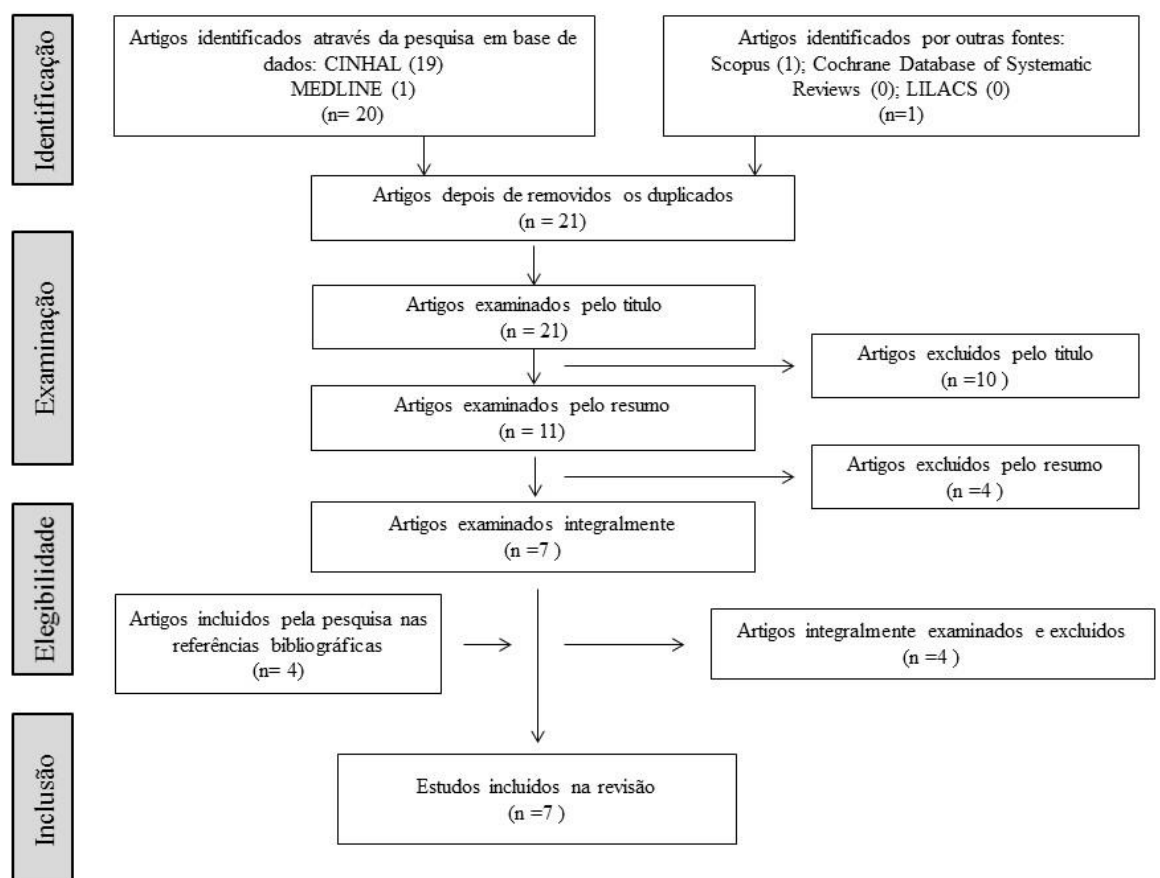
A questão norteadora da pesquisa definida foi: Quais os conhecimentos divulgados por artigos científicos abordando o tema das intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado às mulheres mastectomizadas? Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos científicos publicados na íntegra com livre acesso *online*, em texto integral; nos idiomas português, ou espanhol ou inglês; com abordagem sobre a questão de pesquisa; de todas as tipologias e estabelecendo como período de publicação os anos 2009 a 2019. Consideraram-se como critérios de exclusão: publicação classificada como editorial, cartas, dissertações, teses, manuais e protocolos.

Foram definidas as buscas em bases de dados eletrônicas na área da saúde, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), SCOPUS, *Web of Science* e as bibliotecas *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), e *Science Direct*. Para a identificação dos artigos nas bases foram utilizados os descritores controlados obtidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH): *mastectomy*; *nurs**; *self-care*, *management*. Os mesmos foram combinados entre si pelos operadores booleanos “AND” e/ou “OR”.

Inicialmente, foi realizada a identificação dos títulos e posteriormente dos resumos, com a finalidade de selecionar os artigos que respondiam aos critérios de inclusão. Conforme apresentado na Tabela 1, encontraram-se 21 artigos, sendo excluídos 10 após a leitura do título. Dos 11 artigos que restaram da primeira seleção, foram eliminados 4 após a leitura dos resumos por apresentarem um ou mais critérios de exclusão. Com a leitura dos artigos na íntegra, não se excluíram artigos, visto abordarem contributos para o tema em questão. Portanto, a amostra final constituiu-se de 7 publicações.

Deste modo, sintetiza-se o percurso efetuado e a metodologia utilizada, com a elaboração do PRISMA, apresentado na Figura 1, clarificando o processo de pesquisa e a seleção de artigos realizada (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

Figura 1: Processo de pesquisa e seleção da revisão integrativa, Portugal, Julho de 2019



Os artigos foram avaliados e classificados quanto ao seu rigor científico conforme as características de cada estudo, possibilitando uma classificação por nível de evidência e graus de recomendação, conforme validade e confiabilidade. Nessa etapa, foi utilizado um instrumento baseado na *Rating System for the Hierarchy of Evidence for Intervention/Treatment Question* para a classificação do nível de evidência (NE) dos estudos.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No Quadro Nº 1 encontra-se a síntese de dados, que engloba uma listagem com 7 artigos selecionados e que constituem o ponto de partida para a elaboração desta revisão e das conclusões retiradas.

Quadro Nº 1 – Descrição dos resultados

Estudo	Objetivos	Resultados
Autores: Felipe Raqui Bordallo , Enéas Rangel Teixeira , Zenith Rosa Silvino , Bárbara Pompeu Christovam , Cristina Lavoyer Escudeiro Título: The Education As A Facilitator Practice Of The Process Of Care To Mastectomized Women: An Integrative Review Ano: 2013 Método: Revisão Integrativa Nível de Evidência: I	Identificar na literatura as evidências sobre a educação em saúde às mulheres mastectomizadas realizadas pela enfermagem como facilitadoras do processo de cuidar.	As ações educativas para as mulheres mastectomizadas foram representadas por grupos de apoio e manuais educativos.
Autores: Felipe Raqui Bordallo , Enéias Rangel Teixeira , Marilda Andrade , Ingrid Ramos Reis Couto , Fabiana Barbosa Assumpção de Souza , Ieda Cristina Pereira Sanches Título: Client underwent to radical mastectomy and application	Descrever e analisar a utilização da taxonomia CIPE ao processo de enfermagem fundamentado na teoria de Orem a uma	Foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE: integridade da pele em risco, dor atual em mama direita, risco para auto-estima e auto cuidado baixos. Em seguida

of CIPE in a surgical oncology unit: A case study Ano: 2013 Método: Estudo de caso, realizado com a paciente de 53 anos, sexo feminino, internada em uma unidade oncológica do Município do Rio de Janeiro, em abril de 2011.	paciente submetida à Mastectomia Radical.	construímos o plano de cuidados contendo as intervenções e resultados propostas pela CIPE.
Autores: Cinthia Emanuella Lopes Pereira , Lorena Matoso Vilela de Santana , Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente , Escolástica Rejane Ferreira Moura , Camila Félix Américo , Paulo César de Almeida Título: Self-Care Deficit In Dressing Of Mastectomized Women Ano: 2013 Método: Estudo transversal, realizado com 55 mulheres em tratamento antineoplásico em outubro e novembro de 2011. Nível de Evidência: II	Investigar o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado para se vestir de mulheres mastectomizadas”.	O diagnóstico de enfermagem em questão foi identificado em 92,7% das mulheres. O tempo médio de cirurgia foi menor nas mulheres com capacidade de tirar e de fechar a roupa do que naquelas sem essas características definidoras ($p = 0,046$ e $p = 0,036$, respectivamente). Não houve associação dessas características com mastectomia direita ou esquerda ($p > 0,005$).
Autores: Aline Priscila Rego de Carvalho , Taciana Mirella Batista dos Santos , Francisca Márcia Pereira Linhares Título: Promoção Do Autocuidado A Mulheres Mastectomizadas Ano: 2012 Método: Estudo descritivo e exploratório Nível de Evidência: I	Elaborar plano de cuidados de enfermagem à mulheres mastectomizadas na promoção do autocuidado, tendo por base a análise dos discursos daquelas que foram submetidas	Dos discursos emergiram as categorias temáticas Ações educativas centradas no autocuidado, Assistência centrada nas necessidades da mulher mastectomizada e na escuta ativa envolvendo a rede de apoio social, e Reuniões grupais: estratégia facilitadora

	à cirurgia de mastectomia entre janeiro e agosto de 2009	ao enfrentamento pessoal. Essas permearam as orientações e a forma de fornecê-las para a promoção do autocuidado no pós-operatório. No estudo pudemos perceber a limitação do conhecimento das mulheres acerca dos cuidados a serem tomados no perioperatório de mastectomia.
--	---	---

Autores: <u>Primo, Cândida Caniçali; Leite, Franciéle Marabotti Costa; Amorim, Maria Helena Costa; Sipioni, Raquel Marchesini; dos Santos, Shayane Helmer</u> Título: Using the International Classification for Nursing Practice in the care of women with mastectomy Ano: 2010 Método: Estudo descritivo realizado em hospital de referência para Oncologia em Vitória - ES. A amostra abrangeu 239 prontuários sorteados aleatoriamente e os dados, coletados em maio de 2008, focaram os registros das consultas de enfermagem às mulheres mastectomizadas. Nível de Evidência: II	Caracterizar o perfil de mulheres submetidas à mastectomia participantes de um Programa de Reabilitação; identificar os diagnósticos de enfermagem mais comuns e elaborar as intervenções para cada diagnóstico, utilizando a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem - CIPE/versão1.0.	Dentre as 239 participantes, 64,8% tinham entre 40 e 59 anos, 55%, eram casadas, 48,2% cursaram o ensino fundamental incompleto, 60,7% eram da região metropolitana do Estado do ES e 34,3% exerciam atividades do lar. Os diagnósticos registrados não possuíam relação exclusiva com o câncer de mama e podem ser verificados em clientes com outras alterações de saúde. Conclusão: A Cipe utiliza métodos práticos para elaboração do diagnóstico e seleção das intervenções que facilitam a sistematização da assistência de enfermagem.
Autores: Sílvia Silva , Esleane Vasconcelos, Mary Elizabeth de Santana , Ivaneide Rodrigues, Teodolina Leitel , Lucialba Santos , Ralrizônia Sousa , Vander Conceição , Jackline Oliveira, Wanda Meireles Título: Social representations of women submitted to mastectomy and the implications for self-care Ano: 2010 Método: estudo qualitativo segundo o	Identificar as representações sociais de mulheres mastectomizadas sobre a mama e analisar as implicações dessas representações sociais no autocuidado	A mama e suas representações sociais de mudança no corpo e representações sociais de mulheres mastectomizadas: implicações sobre o cuidado de si. No estudo, observou-se que as mulheres objetivaram o cuidado das mamas por meio da realização do autoexame.

referencial Teoria das Representações Sociais. Para coleta de dados empregou-se duas técnicas: a associação livre de idéias e a observação livre. Para a análise das informações empregou-se a técnica de análise temática. Nível de Evidência: I		
Autores: Marcia Sandre Coelho , Maria Suzana de Barros Sampaio , Eliane Ramos Pereira , Carla Castilho Martins , Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva , Cláudia Labriola Medeiros Título: Mulheres Mastectomizadas: Uma Proposta De Cuidado De Si Com Base Nas Concepções De Michel Foucault Ano: 2010 Método: Pesquisa bibliográfica, na base de dados Scielo, Lilacs e de fontes do Instituto Nacional do Câncer dos últimos dez anos (1999-2009), utilizando-se descritores mastectomia, enfermagem e assistência, buscando cuidados de enfermagem prestados a pacientes mastectomizadas no período pós-operatório. Para reflexões sobre o cuidado de si, foram utilizadas as contribuições de Foucault. Nível de Evidência: I	Analisar a produção literária da enfermagem brasileira dos últimos dez anos acerca da assistência de enfermagem prestada às mulheres mastectomizadas em período pós-operatório e, caracterizar os principais cuidados de enfermagem e orientações a essa mulher no cuidado de si, para efetiva recuperação e reabilitação.	Selecionados 21 artigos, constatamos principais vertentes de cuidados que nos conduziram à construção da proposta de orientação: “prevenção de complicações: cuidados de enfermagem e cuidados de si com a incisão cirúrgica e dreno”; “reabilitação física: o cuidado de si e os exercícios versus limitações”; “os cuidados de enfermagem frente à subjetividade: sentimentos, medos e o incentivo ao cuidado de si”. Conclusão: a enfermagem pode atuar minimizando complicações e sofrimentos mediante cuidados e ações educativas voltadas a essas mulheres para cuidado de si, possibilitando superação no processo de enfrentamento da doença com vistas à recuperação e reabilitação mais saudável e menos

		dolorosa. mastectomia; assistência.	Descritores: enfermagem;
--	--	---	-----------------------------

Os resultados da análise dos artigos supra-referenciados na Tabela 2, permitem sintetizar as intervenções de enfermagem, como recursos dos enfermeiros no cuidar da mulher mastectomizada para o autocuidado. O número reduzido de artigos, pressupõe investimento acrescido nesta matéria, permitindo incrementar os dados recolhidos e torná-los ainda mais credíveis na evidência resultante desta Revisão Integrativa. Na pormenorização da análise, o estudo randomizado controlado de Pereira (2013) permite concluir que o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado para se vestir em mulheres mastectomizadas” foi identificado em 92,7% das mulheres inquiridas. Essa “elevada prevalência reflete a necessidade de monitorização e intervenção por parte do enfermeiro no estabelecimento de ações que sejam capazes de dar esse suporte à mulher mastectomizada” (Pereira CEL, Santana LMV, 2013).

Bordallo (2013), destaca que “a Enfermagem é a profissão do cuidado, que realiza educação em saúde, mas que não há muitas publicações sobre essa temática nos últimos anos atreladas a educação em saúde à mulheres mastectomizadas realizadas pela enfermagem como facilitadoras do processo de cuidar. Contudo é salientado na discussão que “o processo educativo é muito mais do que o simples ato de ensinar. O paciente é peça chave no processo de cuidado” (S. Z. et al. Bordallo FR, Teixeira ER, 2013).

O mesmo autor no mesmo ano publica outro artigo “Cliente submetida a mastectomia radical e aplicação da CIPE em uma unidade de cirurgia oncológica: Estudo de Caso” e na análise sobressai o “deficit de autocuidado tanto a ausência quanto a não efetividade dos cuidados prestados individual” (A. M. et al. Bordallo FR, Teixeira ER, 2013). Acrescenta ainda que é necessária a intervenção do profissional de enfermagem através de cinco modos: agir ou fazer para o outro, orientar o outro, apoiar-se mutuamente ou psicologicamente, fornecer um ambiente terapêutico e ensinar o outro.

O estudo de Carvalho (2012), refere-se à existência de dúvidas das mulheres mastectomizadas quanto às atividades que devem ser realizadas no quotidiano e às restrições na realização de atividades diárias. Acrescenta ainda a referência às

reuniões em grupos como fator facilitador para enfrentar o desconhecido após a cirurgia e consiste na troca de experiências, onde os próprios sujeitos podem conduzir a discussão (Carvalho, Santos, & Linhares, 2012).

O Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas foi o tema do estudo de Primo et al. (2010) e nele sobressaem os diagnósticos mais frequentes foram: falta de padrão de exercícios (74,5%), autocuidado diminuído algumas vezes (69,6%), bem-estar psicológico prejudicado (69,6%), conhecimento escolar diminuído (60,7%), padrão alimentar prejudicado (59%) e ingestão de líquidos diminuída (55,2%). Os diagnósticos de enfermagem encontrados não possuem relação exclusiva com o câncer de mama, podendo ser encontrados em clientes com outras alterações de saúde., foram os resultados do estudo de (2013). No entanto, “cabe ressaltar que o processo de enfermagem é um instrumento essencial para a sistematização da assistência e deve ser sempre utilizado pelos enfermeiros” (Cândida, Primo;Franciéle, Maria Helena, Amorim;Raquel, & Shayane, 2010)

Silva et al. (2010), abordam as representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado e de entre as significativas conclusões é referido, no âmbito do autocuidado, que é importante a ajuda física, emocional e cuidado às mulheres, já que muitas se encontram impossibilitadas de realizar certas atividades. (S. Silva et al., 2010)

Analisar a produção literária da enfermagem brasileira dos últimos dez anos acerca da assistência de enfermagem prestada às mulheres mastectomizadas em período pós-operatório e, caracterizar os principais cuidados de enfermagem e orientações a essa mulher no cuidado de si, para efetiva recuperação e reabilitação foi o objetivo do estudo de Coelho et al. (2010), e conclui que é fundamental a inclusão de medidas de qualidade de vida na assistência e no processo de recuperação a mulher mastectomizada a fim de se valorizar a promoção da vida e o autocuidado. que a equipa de enfermagem exerce papel fundamental no processo de recuperação da mulher mastectomizada, uma vez que esta promove suporte emocional e informativo sobre os cuidados necessários à reabilitação pós-mastectomia, além de proporcionar tranquilidade e conforto perante os sentimentos e as expectativas. (Coelho MS, Sampaio MSB, Pereira ER, Martins CC, 2010)

CONCLUSÃO

Cuidar a mulher mastectomizada, promovendo o autocuidado representa um desafio e uma experiência com retorno compensatório para o profissional de enfermagem, com enfoque nos resultados obtidos onde o recurso ao manuais e ações em grupo têm destaque, sustentando a evidência científica. A incidência de intervenções de enfermagem em ensinar são para as mulheres mastectomizadas mais valorizadas.

Segundo Rabie e Koppler (2015), o autocuidado consiste numa variedade de atividades de cuidado deliberadamente realizadas para promover a saúde física, mental e emocional, a fim de manter a vida e prevenir doenças (Rabie & Kopper, 2015).

Destacam-se as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado como fundamentais na capacitação para a mudança, respondendo às necessidades específicas, permitindo uma forte ligação entre a vivência da mulher no processo de adaptação e a respetiva autonomia nos autocuidados.

Apresenta-se no Quadro Nº 2, de forma sistemática, o resumo dos principais resultados/indicadores, agrupados nos domínios apresentados pelos autores dos artigos incluídos: Ensino/Ações Educativas; Reabilitação Física; Processo de Enfermagem

Ensino/Ações Educativas	Manuais	Instrumentos escritos que suportam os ensinios Compreensão das orientações e consequente adesão
	Grupos de Apoio	Partilha de vivências e estratégias de recuperação Socialização das ideias
Reabilitação Física	Cuidado de si – Higiene, Vestuário, Arranjo pessoal Exercícios de recuperação – Mobilizações activas, Treino dirigido e regular	
Processo de	CIPE - Sistematização da assistência de enfermagem	
Enfermagem	Diagnóstico: Baixo autocuidado	

Quadro Nº 2 – Síntese das intervenções de Enfermagem no autocuidado da mulher mastectomizada, relevantes na pesquisa realizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, P. (2013). Building nurse executives. *Nursing Management*. August 2013.
- Bordallo FR, Teixeira ER, A. M. et al. (2013). Client underwent to radical mastectomy and application of CIPE in a surgical oncology unit: A case study. *R. Pes.: Cuid. Fundam. Online*, 5(5), 182–190. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n5esp182>
- Bordallo FR, Teixeira ER, S. Z. et al. (2013). the Education As a Facilitator Practice of the Process of Care To Mastectomized Woman: Integrative Review. *Rev Enferm UFPE on Line*, 7, 7107–7117. <https://doi.org/10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201319>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Brito, J. & de Queiroz Marcelino, J. (2014). Desempenho ocupacional de mulheres submetidas à mastectomia/Occupational performance of women subjected to mastectomy. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22 (3), pp. 473-485.
- Cândida, Primo;Franciéle, L., Maria Helena, Amorim;Raquel, S., & Shayane, S. (2010). Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (6), 803–810. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600014&lang=pt
- Carvalho, A. P., Santos, T. M., & Linhares, F. M. (2012). Promotion of Self-Care for Mastectomized Women. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 485–491.
- Coelho MS, Sampaio MSB, Pereira ER, Martins CC, et al. (2010). Women Mastectomized : a Proposal of Self Care Based on Michel Foucault ' S Ideas. *Rev Enferm UFPE On Line*, 4(1), 311–318.

- D'Innocenzo, M., Adami, N., & Cunha, I. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, jan-fev, 59 (1), 84-8.
- Decreto-Lei n.º 71/2019. (2019). Regime Legal da Carreira Especial de Enfermagem. Portugal: Diário da República, 1.ª série — N.º 101 — 27 de maio de 2019.
- Lak, H., Drad, S., Baldini Soares, C., Akiko Komura Hoga, L., Peduzzi, M., Sangaleti, C., ... Rachel Audebert Delage Silva, D. (2014). Integrative review: concepts and methods used in nursing DESCRIPTORS Integrative review: concepts and methods used in nursing CritiCal review. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 329–339. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020>
- Marques, S. & Haddad, C. (2014). A importância do exercício físico no pós-operatório imediato de câncer de mama. *Revista Unilus Ensino e Pesquisa*, 11(24), pp. 54-56.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2009). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>
- Pereira CEL, Santana LMV, V. M. et al. (2013). Déficit No Autocuidado Para Se Vestir De Mulheres Mastectomizadas Self-Care Deficit in Dressing of Mastectomized Women. *Rev Enferm UFPE on Line*, 7, 6206–6215. <https://doi.org/10.5205/reuol.4397-36888-6-ED.0710esp201320>
- Silva, R., Ferreira, L., & Pereira, F. (2018). Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da mulher ao Cancro da Mama. *Onco.News*, 11(36), 26–35. <https://doi.org/10.31877/on.2018.36.03>
- Silva, S., Oliveira, J., Vasconcelos, E., Santana, M., Souza, R., Conceição, V., & Meireles, W. (2010). Representações Sociais de Mulheres Mastectomizadas e Suas Implicações Para o Autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 727–734.

APÊNDICE II – Cronograma de Atividades – Inicial

APÊNDICE III – Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Parte I - Acolhimento à Entrevista

Objetivo: Informar a entrevistada

- Identificação da investigadora
- Esclarecimento sobre a temática e objetivos do estudo
- Garantia de confidencialidade e anonimato
- Solicitação da autorização para a participação no estudo e da permissão para a gravação da entrevista

Parte II - Caracterização da Participante

Objetivo: Caracterizar a participante

Parte III - Objetivos específicos / Questões Orientadoras

Objetivo: Recolher informações específicas sobre a satisfação das mulheres mastectomizadas, relativamente às intervenções de enfermagem, na promoção do autocuidado.

Parte IV - Encerramento

Objetivo: Encerrar a entrevista, agradecendo a colaboração no estudo, dar oportunidade para completar algum aspeto que a entrevistada deseje, resumir a totalidade dos aspetos e iniciar a despedida.

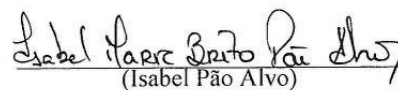
Parte I – Acolhimento à Entrevista

Exma. Sra.,

sou Enfermeira, presentemente a realizar o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Com esta entrevista pretendo recolher informações sobre a sua opinião acerca dos cuidados de enfermagem na preparação para o autocuidado, no regresso a casa. Apelo à sua colaboração na resposta às questões elaboradas. É importante que responda a todas as questões, de forma a não invalidar os resultados. Informo ainda que a entrevista vai ser gravada para posterior tratamento de dados, garantindo o anonimato e utilização unicamente para fins científicos, no âmbito deste trabalho.

Desde já, o meu agradecimento pela sua disponibilidade.

Atenciosamente,


(Isabel Pão Alvo)

Parte II – Caracterização da Participante

ENTREVISTA Nº

DATA

Caracterização Sócio-Demográfica	
Idade	
Estado Civil	
Nível de Escolaridade	
Coabitantes (Com quem vive)	
Atividade laboral (Profissão)	
Situação relativa ao trabalho (Empregada/desempregada)	

Caracterização Clínica	
Data da Cirurgia	
Data do Regresso a Casa (Alta)	
Tipo (s) de Tratamento (s) realizados ou a realizar	

Parte III – Objetivos específicos / Questões Orientadoras

Com base no objetivo geral traçado “Analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem de promoção do autocuidado, na resposta às suas reais necessidades” e a partir dos objetivos específicos definem-se as questões que se apresentam:

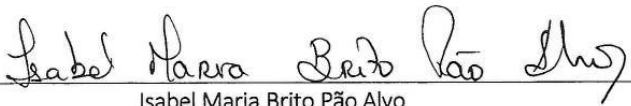
Objetivos específicos	Resultados Esperados	Questões orientadoras	Questões de aprofundamento
Conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres mastectomizadas, na resposta ao autocuidado.	Identifica as dúvidas, dificuldades e constrangimentos no autocuidado após a alta hospitalar.	No regresso a casa, sentiu-se preparada para se autocuidar? Quais as dúvidas e dificuldades que surgiram quando regressou a casa? No autocuidado? Na vida diária?	Consegue fazer a sua higiene? Lavar-se? Vestir-se? Voltou a cuidar da casa? Cozinhar? Arrumar o seu quarto? Limpar? Lavar?
	Identifica as complicações que interferem no autocuidado.	Ficou com alguma limitação ou complicação que interferem no autocuidado?	Nas atividades de vida diária deixou de fazer alguma atividade? Ou apenas precisou de encontrar outra estratégia? O que deixou de conseguir fazer sozinha?
	Identifica os recursos que utilizou após a alta hospitalar.	No regresso a casa, de que maneira ultrapassou as dúvidas e dificuldades? Precisou de Ajuda? A quem recorreu?	Como reaprendeu os cuidados a si e em casa? No dia-a-dia precisa de ter alguém para a ajudar a cuidar de si?

Identificar as necessidades das mulheres mastectomizadas na promoção do autocuidado, no regresso a casa.	Identifica junto das mulheres mastectomizadas que cuidados lhe foram prestados pelos enfermeiros, durante o internamento.	Que cuidados e que tipo de informação lhe foi fornecida pelos enfermeiros, durante o internamento?	Durante o internamento, que ensinamentos lhe foram feitos pelos enfermeiros, sobre os cuidados de higiene, arranjo pessoal e sobre o vestir e despir-se? Quais as informações que se lembra de ter recebido durante o internamento, facilitadoras do regresso a casa? Em que ajudaram esses cuidados e essas informações? Considera ter ajudado o que aprendeu no hospital? As informações que recebeu estavam suportadas por um documento escrito ou não?
	Identifica junto das mulheres mastectomizadas que tipo de informação lhe foi fornecida pelos enfermeiros, durante o internamento.		
	Percebe junto da mulher mastectomizada de que modo a informação foi importante para o cuidado de si.	De que modo considera a informação importante para a sua nova condição de mulher mastectomizada?	O que sentiu falta, para conseguir fazer com mais facilidade as atividades de vida diária?
Relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem prestadas.	Analisa a opinião da mulher mastectomizada acerca dos contributos dos cuidados de enfermagem, na hospitalização, para o autocuidado.	Que estratégias devem adotar os enfermeiros, para melhorar os cuidados e o ensino, que vão ao encontro das necessidades de autocuidado da pessoa mastectomizada? Teve esse ensino? Sentiu que ajudou? Sentiu segurança no regresso a casa? Correspondeu às suas expectativas? As intervenções de enfermagem deram resposta às suas necessidades?	Que ações de maior relevância devem ser ensinadas? Dos cuidados hospitalares, quais identifica como mais relevantes, no ensino para o autocuidado?

Parte IV - Encerramento

Encerramento da entrevista, agradecendo à participante a colaboração no estudo, assim como dar oportunidade para completar algum aspeto que deseje, resumir a totalidade dos aspetos e iniciar a despedida.

Grata pela sua colaboração



Isabel Maria Brito Pão Alvo

**APÊNDICE IV – Parecer favorável do Conselho de
Administração**

Lisboa, 05 de maio de 2022

Exma. Sra. Enfermeira Diretora e Vogal
Executiva do Conselho de Administração

Assunto: Submissão e pedido de aprovação do estudo "Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado".

Na qualidade de Investigadora Principal do Centro de Estudos, venho por este meio solicitar a aprovação, pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa, do estudo designado por "Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado," cujos objetivos principais são:

Objetivo geral

Analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem de promoção do autocuidado, na resposta às suas reais necessidades.

Objetivos específicos

Identificar as necessidades na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, no regresso a casa;

Conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres mastectomizadas, na resposta ao autocuidado;

Relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem prestadas.

Com os melhores cumprimentos,



Isabel Pão Alvo, Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral I

Centro Hospitalar de Lisboa

; Investigadora Principal do Estudo " Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado".

CA
Estudo com interesse gl a Instituição
e o Serviço

5/5/2022

APÊNDICE V – Autorização do Sr. Diretor do Serviço

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO SERVIÇO
CONDIÇÕES DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Centro: _____

Investigadora Principal – Mestranda: **Isabel Maria Brito Pão Alvo**

Serviço – Hospital – _____ **Serviço de Cirurgia Geral I** - _____

Estudo | Projeto de Investigação de Mestrado – Título: **Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado**

Na qualidade de Diretor de Serviço, declaro que autorizo a execução do projeto de investigação de Mestrado acima mencionado, no Serviço de Cirurgia Geral I do _____ do _____, por se tratar de um estudo com interesse científico para o Serviço.

Declaro ainda que o Serviço possui os meios técnicos, humanos e logísticos, necessários à boa condução do estudo referido, de acordo com o protocolo que me foi apresentado.

Lisboa, 28 de Dezembro de 2021



Dr. Vitor Pereira

(Diretor do Serviço de Cirurgia Geral I)

**APÊNDICE VI – Autorização da Sra. Enfermeira Gestora do
serviço**

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA ENFERMEIRA GESTORA
CONDIÇÕES DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Centro: _____

Investigadora Principal – Mestranda: **Isabel Maria Brito Pão Alvo**

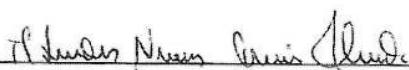
Serviço – Hospital – _____: **Serviço de Cirurgia Geral I** – _____

Estudo | Projeto de Investigação de Mestrado – Título: **Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado**

Na qualidade de Enfermeira Gestora, declaro que autorizo a execução do projeto de investigação de Mestrado acima mencionado, no Serviço de Cirurgia Geral I do _____, por se tratar de um estudo com interesse científico para o Serviço.

Declaro ainda que o Serviço possui os meios técnicos, humanos e logísticos, necessários à boa condução do estudo referido, de acordo com o protocolo que me foi apresentado.

Lisboa, 16 de Dezembro de 2021



Enf^a Lurdes Almeida

(Enf^a Gestora do Serviço de Cirurgia Geral I do _____)

Lurdes Almeida
Enfermeira Chefe
Cirurgia I

**APÊNDICE VII – Dossier de Apresentação do Estudo à
Comissão de Ética do Centro Hospitalar**

Lisboa, 27 de janeiro de 2022

Exma. Sra. Presidente, da Comissão de Ética

Para a Saúde do

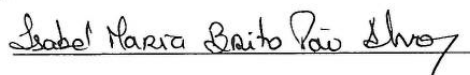
Professora Dra.

Assunto: Submissão e pedido de parecer do estudo **“Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado”**

Na qualidade de Investigadora Principal do estudo, venho por este meio solicitar o parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental do estudo designado por **“Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado”** cujos objetivos são: analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem de promoção do autocuidado, na resposta às suas reais necessidades; identificar as necessidades na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, no regresso a casa; conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres mastectomizadas, na resposta ao autocuidado; relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem prestadas.

Os encargos referentes ao estudo **“Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado”** são da responsabilidade da investigadora, sem prejuízo para a organização.

Com os melhores cumprimentos,



Isabel Maria Brito Pão Alvo

Investigadora Principal do Estudo **“Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado.”** – Serviço de Cirurgia Geral I, e

SINOPSE

TÍTULO

Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem de promoção do autocuidado, na resposta às suas reais necessidades.

Objetivos específicos

Identificar as necessidades na promoção do autocuidado das mulheres mastectomizadas, no regresso a casa;

Conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres mastectomizadas, na resposta ao autocuidado;

Relacionar as necessidades de autocuidado das mulheres mastectomizadas com as intervenções de enfermagem prestadas.

DESENHO DO ESTUDO

De forma a analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem de promoção do autocuidado, na resposta às suas reais necessidades e, tendo por base a fundamentação científica, o investigador propõe-se a realizar um estudo com abordagem qualitativa, descritivo e exploratório em que pretende aplicar uma entrevista como método de recolha de dados. Essa entrevista vai ter por base um guião previamente construído e vai ser direcionada aos participantes do estudo.

PRINCIPAIS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- mulheres submetidas a mastectomia no _____, no período compreendido entre 1 de agosto e 31 de dezembro de 2021;
- mulheres seguidas em consulta de *follow-up* de senologia e/ou oncologia;
- mulheres que aceitem participar no estudo sob a forma de consentimento informado e esclarecido;
- mulheres com competência de comunicação.

PRINCIPAIS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- mulheres com anterior dependência total no autocuidado;
- mulheres com défice cognitivo;
- mulheres com problemas neurológicos impeditivos da realização da entrevista.

FINANCIAMENTO E CUSTOS

Os encargos referentes a este estudo são da responsabilidade da investigadora, sem prejuízo para a organização.

Lisboa, 27 de janeiro de 2022



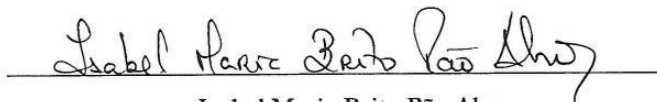
Isabel Maria Brito Pão Alvo

Investigadora Principal do Estudo “Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado.” – Serviço de Cirurgia Geral I,

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Isabel Maria Brito Pão Alvo como Investigadora Principal do Projeto de Investigação de Mestrado intitulado “Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado” declaro que serão respeitados os princípios éticos consignados na Declaração de Helsínquia, nas “Guidelines for Good Clinical Practice” da Organização Mundial de Saúde e na “Convenção dos direitos do homem e da Biomedicina” da Comunidade Europeia, comprometendo-se a garantir a confidencialidade dos dados.

Lisboa, 27 de janeiro de 2022



Isabel Maria Brito Pão Alvo

(nome por extenso)

Investigadora Principal do Estudo “Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado” – Serviço de Cirurgia Geral I, do

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA FINS DE TRATAMENTO CIENTÍFICO DOS
DADOS CLÍNICOS
INFORMAÇÃO PARA A PARTICIPANTE**

Estudo: Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algum dado está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações até ver todas as suas dúvidas esclarecidas. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, assine este documento no espaço dedicado para o efeito.

O trabalho de Investigação, em elaboração por Isabel Maria Brito Pão Alvo, Enfermeira do
em funções no Serviço de Cirurgia I, do .

intitula-se “Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado”, e insere-se no âmbito da frequência do XII Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Professora Mestre Graça Quaresma. Integrada num estudo cujo objetivo geral é analisar a satisfação das mulheres mastectomizadas relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado, numa resposta às suas reais necessidades. A finalidade será recolher informação de índole qualitativa que proporcione evidência científica sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, na promoção do autocuidado.

Para realizar este estudo, solicita-se que disponibilize algum do seu tempo, colaborando na realização de uma entrevista, que será gravada, transcrita e posteriormente sujeita a análise de conteúdo. A sua participação é voluntária, sem acordo financeiro e sem quaisquer consequências ou prejuízo pela sua recusa e, se desejar, pode a qualquer momento interromper a sua participação, retirando o seu consentimento.

Os participantes no estudo não receberão qualquer compensação pecuniária ou outra. Os procedimentos do estudo não implicarão para os participantes quaisquer custos acrescidos.

Isabel Pão Alvo

Relembra-se que todas as informações, que forem disponibilizadas, serão usadas unicamente para este estudo de investigação e que a privacidade e o anonimato das participantes será garantida e os dados recolhidos serão confidenciais, de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia (última atualização em Fortaleza, Brasil, 2013), da OMS e da Comunidade Europeia.

Independentemente de irem ou não de encontro às expectativas dos investigadores, os resultados do estudo poderão ser publicados na literatura científica, num jornal ou revista internacional. Nessa publicação os dados dos participantes manter-se-ão anónimos.

Se está disponível para participar neste estudo, e consente a realização da entrevista e a sua gravação, por favor assine em baixo.

Agradeço desde já, a sua disponibilidade e colaboração.

Se necessitar contactar, por favor não hesite. Pode utilizar os seguintes contactos:

Isabel Pão Alvo, N° OE 05768; ialvo@campus.esel.pt;

; Tel:965160773

Encarregado de Proteção de Dados (*DPO - Data Protection Officer*) desta Instituição – contacto de e-mail: ialvo@campus.esel.pt

DECLARO ter lido e compreendido este documento bem como as informações que me foram prestadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer prejuízos. Desta forma, aceito participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados colhidos confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado

_____ (local), ____/____/____ (data)

Nome: | _____ |

Assinatura _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º DATA OU VALIDADE ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Declaração do investigador ou pessoa que obtém o consentimento

Li com precisão a folha de informações para o participante e certifiquei-me de que este entende o propósito do estudo. Confirmando que foi dada ao participante a oportunidade de colocar todas as questões sobre o estudo que todas elas foram respondidas adequadamente. Confirmando que a pessoa em causa não foi coagida a prestar o seu consentimento e que este foi dado voluntariamente e de livre vontade.

Uma cópia deste documento foi fornecida ao participante.

Isabel Maria Brito Pão Alvo

Nome do investigador

Isabel Maria Brito Pão Alvo

Assinatura do investigador

Nº 5768

Nº da ordem profissional

Data (dia/mês/ano): _____

À Comissão de Ética para a Saúde do

Exma. Sra. Presidente da Comissão, Dra. ^r

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS NO ÂMBITO DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Isabel Maria Brito Pão Alvo, Enfermeira Especialista do
em funções no Serviço de Cirurgia I, do
estudante do XII Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, apresenta o pedido de autorização para a realização de recolha de dados no âmbito do Projeto de Investigação centrado na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e intitulado intitulado "Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado".

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
(FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA)

1. TÍTULO

Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem, em Cirurgia Geral, na Promoção do Autocuidado.

2. PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem, Gestão em Enfermagem, Qualidade em Saúde, Satisfação do Cliente, Mastectomizadas, Promoção do Autocuidado

3. AUTORES

Isabel Maria Brito Pão Alvo, Enfermeira Especialista do
em funções no Serviço de Cirurgia I, do
de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola
Superior de Enfermagem de Lisboa. ialvo@campus.esel.pt e

Orientador do Projeto de Dissertação

Professora Mestre Graça Quaresma, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
mqquaresma@esel.pt

4. ENUNCIADO DA PROBLEMÁTICA

Acompanhando a situação atual das preocupações com a saúde e no confronto com a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde surge a patologia neoplásica mamária, uma das doenças com maior impacto na mulher, não só pela frequência, muitas vezes, associado a uma imagem com alterações significativas, mas essencialmente porque afeta um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade.

O tratamento, particularmente a cirurgia, apesar da evolução nos últimos anos, continua a ser muito danosa pela sua elevada incidência em termos de comorbilidades e consequências deixadas a nível físico, emocional e social, na mulher, na sua família e respetiva rede social envolvente.

A mulher com cancro da mama está, pois, inserida num contexto complexo, sentindo a sua vida ameaçada, e confrontando-se com questões que se prendem com o seu corpo, com a sua identidade e a necessidade de repensar as ações para o autocuidado.

mesma autora que os investigadores de estudos qualitativos geralmente não planeiam fazer comparações em grupo porque a intenção é descrever ou explicar detalhadamente um fenómeno. No entanto, os padrões emergentes nos dados, por vezes, sugerem comparações esclarecedoras (Polit, 2018).

b) Seleção dos Participantes e procedimentos de Amostragem

Segundo Polit et al (2018), na abordagem qualitativa o tamanho da amostra é definido em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem usada. A decisão de terminar a colheita de dados irá ocorrer quando os conteúdos das entrevistas se tornarem repetitivos, considerando ter-se atingido aquilo que as autoras denominam de saturação dos dados.

c) Critérios de Inclusão

- mulheres submetidas a mastectomia no período compreendido entre 1 de agosto e 31 de dezembro de 2021;
- mulheres seguidas em consulta de *follow-up* de senologia e/ou oncologia;
- mulheres que aceitem participar no estudo sob a forma de consentimento informado e esclarecido;
- mulheres com competência de comunicação.

d) Critérios de Exclusão

- mulheres com anterior dependência total no autocuidado;
- mulheres com défice cognitivo;
- mulheres com problemas neurológicos impeditivos da realização da entrevista.

e) Instrumentos de colheita de dados

Considerando os objetivos, o tipo de estudo e a problemática construída, elege-se a entrevista como um dos métodos de recolha de dados, uma vez que se revela adequado, especialmente para o conhecimento de uma população quanto às suas características, ao seu nível de conhecimento, aos seus comportamentos, opiniões, sugestões e valores.

A entrevista é composta por duas partes distintas. A primeira destina-se à caracterização socio-demográfica, antecedentes pessoais e situação clínica da participante; a segunda, considerada semi-estruturada, composta por perguntas abertas e tendo em conta os

- Polit, D. F. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health.
- Silva, J. e Ribeiro, P. (2015). Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/Radioterapia e a sua relação com o conforto. *Enfermería Global*. Nº 37 Enero

11. ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

Os encargos referentes a este estudo são da responsabilidade da estudante do Curso de Mestrado, sem prejuízo para a organização.

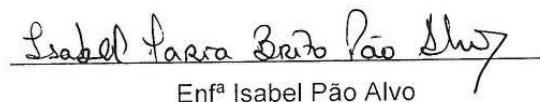
Contacto:

Isabel Pão Alvo; ialvo@campus.esel.pt;

Telefone: 965160773

Desde já reconhecida pela atenção dispensada, apresento os melhores cumprimentos.

Lisboa, 27 de janeiro de 2022


Enfª Isabel Pão Alvo

APÊNDICE VIII – Formulário de pedido de pesquisa à base de dados do Sistema de Informação para a Morbidade Hospitalar (SIMH)

**FORMULÁRIO DE PEDIDO DE PESQUISA À BASE DE DADOS SIMH/BIMH
(Morbilidade Hospitalar) - Enviar pedido para**

IDENTIFICAÇÃO DE QUEM A SOLICITA:

Nome: **Nº Mecº:**

Nº Ordem Profissional: **Serviço:**

Vem por este meio solicitar ao Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica pesquisa a base de dados, de acordo com o(s) critério(s) adiante especificado(s):

CRITÉRIO(S) DE PESQUISA

Período: de 1/8/21 a 31/12/21 **Serviço a pesquisar:** Cirurgia Geral I
Referente aos casos de alta pelo serviço ou de passagem pelo mesmo (indicar):
Doentes internadas no serviço de Cirurgia Geral I – Especialidade de Senologia, com alta do serviço

Diagnóstico(s) (especificar código(s) (*):

C50.019 Neoplasia maligna de mamilo e aréola, mama feminina não especificada
C50.119 Neoplasia maligna da porção central da mama feminina não especificada
C50.219 Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama feminina não especificada
C50.319 Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama feminina não especificada
C50.419 Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama feminina não especificada
C50.519 Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama feminina não especificada
C50.819 Neoplasia maligna de locais sobrepostos de mama feminina não especificada
C50.919 Neoplasia maligna de local não especificado de mama feminina não especificada

Procedimento(s) (especificar código(s) (*):

OHT.T0ZZ Ressecção da mama direita, abordagem aberta
OHT.U0ZZ Ressecção da Mama Esquerda, Abordagem Aberta
O7T.50ZZ Ressecção Linfática Axilar Direita, Abordagem Aberta
O7T.60ZZ Ressecção do Linfático Axilar Esquerdo, Abordagem Aberta
OHT.T0ZZ Ressecção da mama direita, abordagem aberta
OHT.U0ZZ Ressecção da Mama Esquerda, Abordagem Aberta

Outro(s) critério(s) (especificar):

INFORMAÇÃO PRETENDIDA (INDICAR AS VARIÁVEIS A OBTER ())**

Doentes com idade superior a 18 anos
Doentes submetidas a cirurgia em senologia (Mastectomia ou Vastectomia Radical Modificada) no
Doentes seguidas em consulta de follow-up de senologia e/ou oncologia

MOTIVO DO PEDIDO

Elaboração de estudo no âmbito da frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

EMAIL () PARA RESPOSTA: **CONTACTO:**

ANEXO: PARECER EMITIDO PELA COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE DO

DATA E ASSINATURA DE QUEM SOLICITA: *Isabel Maria Brito Pão Alvo, 15 Maio de 2022*

(*) De 01/01/2006 até 31/12/2016, em ICD-9; desde 01/01/2017, em ICD-10

(**) Consultar a informação passível de disponibilização em intra net (Área Clínica/Codificação Clínica/Pedidos de Pesquisa à Base de Dados SIMH/BIMH)

APÊNDICE IX – Uma Entrevista Realizada

Parte I - Acolhimento à Entrevista

Exma. Sra. P1

sou Enfermeira Isabel Pão Alvo, presentemente a realizar o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Com esta entrevista pretendo recolher informações sobre a sua opinião acerca dos cuidados de enfermagem na preparação para o autocuidado, no regresso a casa. Apelo à sua colaboração na resposta às questões elaboradas. É importante que responda a todas as questões, de forma a não invalidar os resultados. Informo ainda que a entrevista vai ser gravada para posterior tratamento de dados, garantindo o anonimato e utilização unicamente para fins científicos, no âmbito deste trabalho.

Desde já, o meu agradecimento pela sua disponibilidade.

Atenciosamente,

Parte II - Caracterização da Participante

ENTREVISTA Nº **E1**

DATA **07-04-2022**

Caracterização Sócio-Demográfica	
Idade	72 Anos
Estado Civil	Casada
Nível de Escolaridade	7º Ano antigo
Coabitantes (Com quem vive)	Marido
Atividade laboral (Profissão)	Auxiliar de Ação Educativa
Situação relativa ao trabalho (Empregada/desempregada)	Aposentada
Caracterização Clínica	
Data da Cirurgia	24-11-2021
Data do Regresso a Casa (Alta)	04-12-2021
Tipo (s) de Tratamento (s) realizados ou a realizar	- Cirurgia - Mastectomia Radical Modificada à direita + Quimioterapia

Parte III - Entrevista

Entrevistador

Quando regressou a casa conseguiu-se lavar sozinha, vestir-se e despir-se sozinha ou tinha o apoio do seu marido?

Entrevistado

Eu só tinha o apoio do meu marido, só porque tinha o braço preso.

Entrevistador

O seu braço direito?

Entrevistado

Sim, não conseguia levantar, tinha que fazer assim para me pentear (baixou a cabeça)

Entrevistador

Usava essas estratégias para conseguir cuidar-se?

Entrevistado

Sim, só por aí, por causa do braço

Entrevistador

Durante quanto tempo é que ficou com essa limitação no seu braço?

Entrevistado

Depois o meu marido começou a fazer umas massagens conforme a senhora enfermeira também explicou. E a partir daí mais ou menos um mês comecei a libertar mais o braço.

Entrevistador

Foi fazendo alguns exercícios e essa massagem foi importante mas para além da massagem tinha alguns exercícios de recuperação que a ajudavam depois na própria mobilidade do braço?

Entrevistado

Sim

Entrevistador

A senhora fazia e foram-lhe ensinados esses exercícios cá?

Entrevistado

Sim, fazia os exercícios.

Uma das enfermeiras ensinou-me a fazer os movimentos na parede, levantar até onde podia, baixar, os movimentos com o braço para trás e para frente,

portanto todos esses movimentos me foram explicados, para ir recuperando e recuperei bem.

Foi um mês mais ou menos, para fazer melhor, para movimentar melhor o braço foi cerca de um mês, fui recuperando lentamente

Fui fazendo a massagem, a drenagem linfática que seria portanto nesta posição de baixo para cima em que eu fazia que era essa massagem,

Entrevistador

Era o seu marido que fazia a massagem e dava apoio nos exercícios que a senhora conseguia fazer e ia fazendo no sentido de recuperar também essa mobilidade, é isso?

Entrevistado

Sim, sim fazia sim

juntando as duas mãos e levantando. Ele agora está preso outra vez por causa da radioterapia mas agora parece que está mais preso ainda

Entrevistador

Houve algumas atividades que deixou de fazer?

Nessa altura lembra-se de ter alguma das atividades que deixou de fazer porque se sentia mesmo incapacitada ou limitada?

Entrevistado

Sentia essa limitação no dia a dia em casa por ser o braço direito, portanto sentia

de resto não, foi mais nesse aspeto, de ajudar por exemplo a lavar-me a lavar as costas

seria uma ajuda nos primeiros tempos do meu marido

e pouco mais portanto quando comecei sim e é o que estava a dizer, subir ao armário e fazer os movimentos para começar a recuperar o braço, ia fazendo esse exercício até onde podia

Entrevistador

Portanto nunca deixou de fazer as suas coisas, conseguia arranjar estratégias para conseguir cuidar de si e cuidar também da sua casa?

Entrevistado

Certo, sim

Entrevistador

E essas estratégias vocês encontraram-nas depois lá em casa ou já iam com umas luzes que lhes deram aqui dos do pelo sensor armários aqui no hospital?

Entrevistado

Não, aqui deram-me as luzes

como digo, aqui a enfermeira nos dias em que aqui vinha a seguir à cirurgia, disse-me logo como é que começava a fazer a movimentação para recuperar mais depressa a situação do braço

e a medicação que o doutor, porque eu comecei logo por me queixar, logo que ele até disse que eu era precoce porque comecei logo a queixar-me do braço ainda no internamento e o doutor deu-me logo uma medicação para ajudar

juntamente também com os exercícios e a medicação

o doutor dizia que as pessoas só se costumavam queixar dessa situação do braço passado mais ou menos um mês

mas eu conseguia sentir aquele tipo de choque elétrico no braço ainda aqui, com o braço muito limitado ainda aqui

Entrevistador

E sentiu durante esse tempo o braço inchado?

Entrevistado

Eu não. Nunca inchou

Era uma coisa muito pequenina, quase que nem dava por considerar que estivesse inchado

Entrevistador

E no vestir e despir sentiu essa dificuldade?

Entrevistado

Enquanto o braço preso sim no abetoar dos sapatos, só nessas situações mais foi só nesse tempo depois comecei a obrigar a mim própria a fazer as coisas

Entrevistador

Claro. E foi explicado qual é que era o braço que deveria vestir primeiro?

Entrevistado

Sim foi, que era sempre o direito e depois do outro

e para despir ao contrário, para depois retirar

sim, isso foi-me dito logo lá em cima no internamento, seria ao contrário

Entrevistador

Para pentear o cabelo também utilizava uma estratégia.

Entrevistado

Inclinava a cabeça e como o cabelo é curto também não tem assim muito trabalho

E nas costas era o meu marido

Entrevistador

Nas tarefas de casa o que é que sentiu mais dificuldades?

Entrevistado

O aspirar porque o aspirador é pesado

O aspirar e fazer a cama nos primeiros tempos

E é mais ou menos

Pouco mais

Entrevistador

E passar a ferro?

Entrevistado

Ai não, era também a ajuda do marido

Até porque me foi dito logo para não fazer

Pelo movimento, não fazer nos primeiros tempos

Pelo peso do ferro e pela temperatura isso foi explicado

Já não sei se foi lá em cima no internamento se foi aqui que me deram um papelinho onde dizia várias coisas e uma delas era não passar a ferro

Entrevistador

Então chegou a receber essa informação num documento escrito?

Entrevistado

Acho que sim

Eu acho que sim

Entrevistador

E considera que essa informação escrita é importante, ajuda a lembrar os cuidados?

Entrevistado

oh sim.

Eu digo para mim como já estava habituada já tinha tido essas luzes infelizmente do lado esquerdo mais ou menos estava dentro do assunto.

Não foi nada de novo.

Agora acho que para qualquer pessoa que seja a primeira vez, acho que é importante fazer uma informação escrita pelo menos umas luzes das coisas mais importantes.

Entrevistador

O que é que considera que é mais importante?

Entrevistado

Para a pessoa poder elaborar o seu dia a dia, saber o que está a fazer de bem o que está a fazer de mal, que a possa prejudicar

Por vezes a pessoa pode pensar é só um bocadinho de roupa, passar a ferro não há problema, vai devagarinho e, no entanto, está-se a prejudicar a ela própria

Penso eu

Penso eu que é uma das coisas que ajuda, é um exemplo

Entrevistador

E lembra-se que mais algum exemplo?

Entrevistado

Varrer, aspirar pronto como eu digo, foi-me dito também para evitar

Não apanhar calor e pouco mais que eu me lembre

Entrevistador

E neste percurso teve algum tempo de fisioterapia?

Entrevistado

Não cheguei a fazer porque como o meu marido sabia fazer as massagens nós aqui com a senhora enfermeira, explicou como é que era, acabou por ser ele a fazer e escusava de vir aqui a fazer

Que iam fazer a mesma coisa praticamente porque com um bocadinho mais de noção não sei mas ele também como tem o curso de primeiros socorros também sabia o que é que fazia de bem ou de mal e aproveitamos e fizemos isso e fazia duas a três vezes por dias e ajudava bastante

Entrevistador

Durante o internamento que ensinós lhe foram feitos pelos enfermeiros sobre os cuidados de higiene, o arranjo pessoal ou vestir e despir-se?

Entrevistado

Fui ajudada e foram durante o internamento fui ajudada e foi-me dito como é que deveria de fazer ao ir para casa de um modo a porque fiquei com o braço preso e como é que devia de fazer para poder mobilizar e poder fazer a vida normal

Entrevistador

Que informações lhe foram fornecidas por exemplo sobre os cuidados de higiene se facilitaram depois no regresso a casa?

Entrevistado

Do que me foi dito para fazer tal e qual como fazia aqui no hospital pouco mais

Entrevistador

Em que ajudaram esses cuidados e essas informações?

Quando chegou a casa sentiu que foi suficiente?

Entrevistado

Foi o suficiente e depois como já tinha mais as luzes em relação ao outro peito foi mais ou menos seguir as instruções que me deram

Entrevistador

E essas informações iam também em algum suporte escrito nalgum folheto ou foi só através dos ensinamentos aqui verbalmente?

Entrevistado

Houve sim, sim

Entrevistador

De que modo considera a informação importante para a sua nova condição?

Entrevistado

Neste momento pouco mais porque como digo já tinha noções do que é que havia de fazer porque já tinha feito há anos atrás e mesma cirurgia. Porque já sabia os cuidados ter, não dormir virada para este lado.

Entrevistador

Mas sentiu que de algum modo aqui junto dos enfermeiros também foi facilitador esse relembrar?

Em que aspetos é que fez a diferença?

Nos aspetos da higiene do vestir e despir-se sentiu que foi aqui que de algum modo reaprendeu a ter esses cuidados?

Entrevistado

Sim porque também da outra vez também foi aqui no mesmo hospital, portanto volto mais ou menos a equipa sempre foi a mesma.

Entrevistador

Que estratégias acha que devem adotar os enfermeiros para melhorar os cuidados e o ensino, para irem mais ao encontro de aquilo que são as necessidades das pessoas?

Entrevistado

Fui sempre bastante apoiada não tive dificuldades nenhuma.

Mas como tenho um bocadinho de dificuldade na parte dos movimentos, a andar e aí tiveram sempre toda a atenção para comigo até me mudaram a cama para

o pé da casa de banho porque também ficar no lado da janela que é onde eu estava para percorrer

Entrevistador

No sentido de encontrar essas estratégias que a ajudaram também, é isso?

Entrevistado

Facilitaram-me sim, para ter um espaço mais curto para poder ir à casa de banho com mais facilidade

Entrevistador

Pode também em casa ter esses cuidados que são facilitadores ao cuidar de si, não é?

Entrevistado

Sim sempre

Entrevistador

Quando depois foi para casa sentiu que estava segura, sentiu que os cuidados foram suficientes?

Entrevistado

Pois não completamente seguro eu sabia o que tinha que fazer não tive dificuldades nenhuma

Entrevistador

Dos cuidados de enfermagem consegue a salientar aqueles que deram mais resposta?

Entrevistado

Foi tudo importante.

A atenção, o cuidado dos enfermeiros para comigo e para com quem estava no mesmo quarto que eu assisti, foram sempre muito prontos, muito atentos

Não tive dificuldades nenhuma nesse aspeto.

Entrevistador

Há algum aspeto dentro dos cuidados aqui no hospital que identifica como mais relevantes no ensino, naquilo que nós ensinamos às pessoas depois para darem continuidade em casa?

Entrevistado

Foi tudo tranquilo.

Entrevistador

Foi tudo importante e todos os dados foram importantes?

Entrevistado

Sim foi tudo importante e foram todos muito tranquilos e foi tudo, de todas as enfermeiras que tiveram comigo todas me diziam sempre o mesmo, apoiando, ajudando sempre que era preciso

quando ia à casa de banho, preocupadas sempre comigo

e quando comecei a tomar o banho sozinha também sempre preocupadas, completamente, não tive dificuldades nenhuma e acho que o serviço foi excepcional.

Entrevistador

De uma maneira global sentiu que foi bem cuidada durante este seu percurso aqui no internamento, no acompanhamento aqui no hospital?

Entrevistado

Sim, sim

Parte IV - Encerramento

Entrevistador

Muito obrigada pela sua colaboração no estudo. Quer completar algum aspeto que considere importante?

Entrevistado

Não tenho nada, nada a dizer seja de quem for.

Entrevistador

Falámos de vários aspetos dos cuidados que recebeu da equipa de enfermagem, no pós-operatório, onde os ensinamentos sobre o autocuidado são preponderantes num regresso a casa mais tranquilo e seguro, garantindo uma melhor recuperação e o cuidado de si. Despeço-me com os meus agradecimentos.

Grata pela sua colaboração

Isabel Pão-Alvo

**APÊNDICE X – Quadro de Análise das Entrevistas das Participantes em
Temas, Categorias e Subcategorias**

TEMA: O Cuidado Sensível		
Categoria	Subcategorias	Relatos/Depoimentos das Participantes do Estudo
Dificuldades da mulher Mastectomizada	Presença de Dor	Participante 3 - : “...hoje estou com tanta dor, mas eu ajudo”. Participante 4 - “...tenho sentido algumas dorezinhas que atribuo ao esforço”. Participante 5 - “(...) fui com medicação para as dores e mesmo assim, sentia-me muito limitada (...) É um painel de dores...”. Participante 6 - “Não senti dores, nenhuma com a cirurgia...”. Participante 7 - “Tinha dores e as dores, por exemplo, quando tenho mais dores, faço isso e alivia bastante (...) tinha falta de elasticidade e tive muitas dores mesmo é foi muito limitante enquanto tive dores...”.
	Significado do Cancro	Participante 2 - “(...) neste caminho que é longo e temos de ultrapassar”. Participante 3 - “E eu recebi mal, não aceitei. Custou muito a aceitar ele dizer-me que tinha um cancro, não é?”. Participante 4 - “...o cancro da mama a mim não me assustou. Não há aqui aquela situação de drama de me ter faltado o chão, de ser o fim do mundo e psicologicamente, como é óbvio, assusta o ter um cancro, como é óbvio, não é?”. Participante 5 - “Olhe estou aflita, porque nos assalta muita coisa á cabeça... E pronto e a gente entra ali um bocadinho no desespero e às vezes um telefonema bastava... isto é uma doença que apanha todos desprevenidos”. Participante 6 - “Porque o cancro tem muito disso, nós estamos doentes entre aspas, e não nos sentimos doentes, não”.

		Participante 7 – “Mas tento sempre sair para não estar a pensar na doença”.
	Alteração da Auto-Imagem	Participante 2 – “...a imagem corporal e depois de ver também a cicatriz, como Eu tinha ficado”. Participante 3 – “Mas depois pus-me a pensar, falei com ele, ele é uma pessoa muito compreensiva e disse, não, realmente se eu não for daqui preparada, lá em casa, não tenho ninguém. Como é que eu faço, não me olho mais ao espelho na vida”. Participante 6 – “Porque pronto é uma amputação, não é? a questão de estar preparado psicologicamente para passar por isso tudo é o maior desafio, sim”. Participante 7 – “Disseram-me que pronto, que eu ia ficar sem o peito e que e que pronto que ia ficar e eu na altura chorei porque fiquei comovida”.
	Limitação Física e/ou Complicações	Participante 1 – “...porque fiquei com o braço preso”, “tenho um bocadinho de dificuldade na parte dos movimentos, a andar”. Participante 3 – “O braço só mexe a parte de baixo do cotovelo”, “Eu sinto-me muito cansada”. Participante 4 – “A limitação física é muito, muito grande. Estamos a falar, para mim é muito grande no sentido de que uma simples cadeira, eu estar sentada a trabalhar e já não poder empurrar com os braços para me movimentar na cadeira, que é uma coisa básica”. Participante 5 – “Não, não mexia o braço. Eu tinha aqui este tendão que estava completamente... saía, saía este tendão daqui e aqui também, da axila e no cotovelo”, “Porque eu também fiz um hematoma enorme na axila”. Participante 6 – “...eu tinha alguma limitação para estender a roupa na corda quando tinha que elevar muito o braço”. Participante 7 – “...porque sinto a mão mais inchada”. Participante 8 – “...ao facto de eu ser gorda, porque pesa e não me consigo endireitar da mesma forma do que quando era magra, isso eu tenho a perfeita noção”.

Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária	Aprendizagem e Treino de Habilidades	Participante 1 – “...como é que devia de fazer para poder mobilizar e poder fazer a vida normal”. Participante 2 – “...a gente tem de mexer um braço, porque senão se atrofia mas por outro lado, não poder movimentar o braço normalmente porque acaba de ter uma cirurgia”. Participante 3 – “Queriam que andasse com o braço aqui, como as varinas andam, com a mão à cintura”. Participante 4 – “...explicaram tudo a nível do dreno, como utilizar, como limpar o dreno, a mama pronto, as cicatrizes explicaram-me tudo isso, como deveria fazer”. Participante 5 – “Tinha que dormir com uma almofada dobrada para apoiar o braço”. Participante 7 – “Sim, não levantar muito o braço, isso disseram-me... Isso elas ensinaram-me e eu comecei a fazer sempre”.
	Ensino e Informação em Folhetos	Participante 1 – “Durante o internamento fui ajudada (...) deram-me um papelinho onde dizia várias coisas e uma delas era não passar a ferro”. Participante 2 – “...seria depois uma forma de relembrar a informação que tinha sido transmitida (...) dão uns livrinhos e estão quase todas as dúvidas nesse livrinho, estão achei muito pratico isso”. Participante 3 – “...mas também a pôr o creme. Como é que devia fazer para não cair. Eles lembravam-me que não podia esticar o braço”. Participante 4 – “...tudo o que foi indicado ajudou, explicar como funcionar com os drenos”. Participante 5 – “A informação dos movimentos que se pode fazer, é clara e até nos deram uns panfletos com os movimentos que podia fazer”. Participante 6 – “...recebi um folheto que eu trouxe para casa (...) Eu acho que a informação que nos é passada lá, é suficiente para nós retomarmos as nossas atividades no dia a dia”. Participante 7 – “...lá é que me deram um livrinho, não é? Para ver e para ler”.

		Participante 8 – “...documento escrito deram-me uma data deles, mas eu para ser sincera, acho que nem li (...) mas vim com toda a informação e ela esteve presente nalgumas vezes, elas ensinavam”.
	Família/Cuidador	Participante 1 – “...tinha o apoio do meu marido”. Participante 2 – “A minha irmã viajou especificamente para me dar apoio porque o meu marido estava a tratar dos miúdos e no trabalho”. Participante 3 – “A minha filha é um general autêntico. Ela esteve quatro semanas comigo”. Participante 4 – “...recorrer a um familiar para algo inesperado para subir ou para trepar e apanhar alguma coisa que estivesse numa prateleira mais afastada”. Participante 5 – “...e, portanto, fui para casa deles (Filho e nora). A minha nora é que tratou de mim (...) o meu filho nem sequer sabia o que é que me poderia fazer... A gente não sabe como há-de ajudar... Família fica muito envolvida mas com medo”. Participante 6 – “...a filha ajudou-me e muito preocupada na questão da água e não sei quê” Participante 7 – “Em minha casa, o meu marido, ajudava-me naquilo que ele podia, quando chegava. Eles ajudavam-me naquilo que podiam (...) como é que hei-de dizer, não tinha assim muito acompanhamento familiar, pronto”. Participante 8 – “Era à minha filha e ao meu marido (...) estava cá a minha filha sempre a ajudar-me”.
		Participante 1 – “Depois o meu marido começou a fazer umas massagens conforme a senhora enfermeira também explicou. E a partir daí mais ou menos um mês comecei a libertar mais o braço”. Participante 2 – “...até me deram aquela é maminha, a prótese provisória, aquela almofadinha provisória”. Participante 3 – “Depois tinha que ficar sozinha, tinha que ir trabalhar, né?”. Participante 4 – “Ainda não me contactaram do hospital a dizer, está aqui a prótese, venha ver as próteses”.

	Recursos próprios, da comunidade e/ou dos hospitais	Participante 5 – “...também já disse aqui à psicóloga que deveria haver, e ela até já disse que, reuniões nesse mensais com mais Mulheres, mesmo ao vivo. Em que as Mulheres estivessem a falar”. Participante 6 – “Partilhar aquilo que é a vivência de cada um... mas que fazia as minhas caminhadas, saía para fazer caminhada aqui à volta, pronto para manter a atividade, estar ao ar livre, que eu acho que faz bem para a cabeça, faz bem a tudo”. Participante 7 – “...eu ia depois fazer os tratamentos, até ia sozinha e tudo, porque o meu marido estava a trabalhar e o meu filho também não me podia acompanhar”. Participante 8 – “...a minha filha ajudava-me a vestir e a despir. Ajudava-me a levantar-me para ir a casa de banho. O meu marido também fazia isso, me ajudar a levantar, e deitar e sentar e essas coisas. E a minha sogra fazia-me o penso. vi algures na Net uma almofada que comecei a fazer. Fiz para mim, que me dão apoio”.
--	--	---

TEMA: As Intervenções de Enfermagem		
Categoria	Subcategorias	Relatos/Depoimentos das Participantes do Estudo
Orientações para o Autocuidado	Cuidados de Higiene	Participante 1 – “...e quando comecei a tomar o banho sozinha também sempre preocupadas (...) Inclina a cabeça e como o cabelo é curto também não tem assim muito trabalho (...) não conseguia levantar, tinha que fazer assim para me pentear (baixou a cabeça)”. Participante 3 – “Agora tens a outra mão boa, toca a esfregar. Apoio o cotovelo e vou lavando”. Participante 4 – “...era esse o medo que eu tinha. Mas um, dois dias, a partir do momento em que recuperei, digamos, alguma força, alguma mobilidade, já me sentia segura para fazer a minha higiene”. Participante 5 – “...agora limitações era a tomar banho. Lavava-me, mas quer-se dizer, para este lado não chegava... Precisava de ajuda nas costas, nas pernas e a lavar o cabelo não deixa que eu faço assim, já peguei aqui a técnica e tudo eu faço sozinha”. Participante 8 – “Como sou gorda não consigo, por exemplo, para lavar a outra axila”.
	Vestir e Despir	Participante 1 – “...no abotoar dos sapatos, só nessas situações mais foi só nesse tempo depois comecei a obrigar a mim própria a fazer as coisas”. Participante 2 – “...a enfermeira me ensinou como tinha de por o soutien”. Participante 3 – “...já me sabia despir, já sabia despir, com a ajuda da fisioterapeuta e da enfermeira que me explicaram, primeiro tira isto, depois tira aquilo”. Participante 4 – “...ensinou-me (...) como é que vai ser vestir aquela coisa que temos de atirar o braço para apanhar a manga? E, ela explicou-me como fazê-lo e vale até hoje”.

		Participante 5 – “...para me vestir, também me explicaram que tinha que ser sempre primeiro pelo lado ao operado”. Participante 6 – “...questão mesmo de se vestir e de despir. Foi muito importante (...) acho que foi tudo fácil, o ombro para não elevar muito, a questão do braço mesmo na hora de se despir e vestir”. Participante 8 – “...também me ensinaram que eu devia ter o sutiã de compressão”.
	Alimentar, Posicionar e Transferir	Participante 1 – “...não dormir virada para este lado” Participante 3 – “...a ajuda na refeição, ajudar a cortar os alimentos. Como devia fazer” Participante 5 – “...saía da cama sozinha, conforme me foi explicado, portanto, a sair” Participante 6 – “...à noite, ou quando estava na cama, tinha uma almofada. Ainda hoje durmo. É em forma de coração, meto aqui debaixo do baixo, que eu assim não tenho tanta dor” Participante 7 – (tinha que ter sempre ajuda para me levantar, para me deitar”.
	Reeducação Funcional	Participante 1 – “...ensinou-me a fazer os movimentos na parede, levantar até onde podia baixar, os movimentos com o braço para trás e para frente, juntando as duas mãos e levantando”. Participante 2 – “...a enfermeira me ensinou, como movimentar o braço do lado da mastectomia”. Participante 4 – “...ensinou-me os exercícios a fazer (...) e ensinou-me os exercícios para ir recuperando a mobilidade”. Participante 5 – “...também alguns exercícios rotação do ombro e elevação frontal e lateral do braço até a um limite”. Participante 6 – “...depois que eu fui fazendo os exercícios de mobilidade também foi melhorando e recuperando”. Participante 7 – “...ainda hoje faço: abro a mão, fecho a mão, porque sinto a mão mais inchada (...) e faço esses exercícios, ponho almofada neste braço (...) e os exercícios ajudaram-me bastante. Tinha dores e as dores, por exemplo, quando tenho mais dores, faço isso e alivia”.

		Participante 8 – “...foi um subir as paredes com os dedos e fui-me esticando mais, fui treinando”.
	Cuidar da Casa e Regresso ao Trabalho	Participante 1 – “...não, o aspirar porque o aspirador é pesado (...) pelo peso do ferro e pela temperatura isso foi explicado. Varrer, aspirar pronto como eu digo, foi-me dito também para evitar” Participante 2 – “...por exemplo, não movimentava coisas pesadas, pegar em panelas essas coisas diárias, não fazia”. Participante 4 – “...as tarefas de esforço, nada”. Participante 8 – “foi o braço direito, fui mastectomizada à direita e o meu trabalho era fazer unhas de gel”.
Sistematizaçã o dos Cuidados para a Alta	Organização e uniformização dos Cuidados	Participante 1 – “...disse-me logo como é que começava a fazer a movimentação para recuperar mais depressa a situação do braço”. Participante 2 – “...eles têm sempre um comitê onde falam entre tudo”. Participante 3 – “...a enfermeira foi-me buscar ao quarto e andou a passear comigo no hospital”. Participante 5 – “...se eu tenho um hematoma e tenho dores, os meus exercícios, o que me mandam fazer não podem ser os mesmos de uma pessoa que tem esvaziamento axilar mas que não tem complicações (...) agora o acompanhamento da nossa situação, daquilo que nós vamos sentindo é que não houve”. Participante 6 – “...já tinha sido orientada pela enfermeira sobre os exercícios e tudo, a elevação do braço, a amplitude, aquela coisa toda”. Participante 8 – “...depois houve enfermeiras que não estavam muito de acordo ...Não me lembro sinceramente de me dizerem faça assim ou faça assado”.
		Participante 1 – “...todas me diziam sempre o mesmo, apoiando, ajudando sempre que era preciso”. Participante 2 – “...não sabe muito bem onde receber apoio às vezes e o apoio enquanto dúvidas e tudo aquilo, faz falta o apoio emocional (...) sentir um apoio mais

	Humanização dos Cuidados	<i>frequente, se precisar de alguma coisa, saber que pode perguntar na altura em que sente as dúvidas”.</i> Participante 4 – “...é o contato humano, é tudo, é estarem ali connosco, é explicarem as coisas como elas são. De igual para igual, digamos assim (...) às vezes nem era preciso tocar a campainha. Elas ouviam ou estavam ali e respondiam longo”.
	Orientações para a alta	Participante 1 – “...foi-me dito como é que deveria de fazer ao ir para casa (...) foi mais ou menos seguir as instruções que me deram”. Participante 2 – “...uma doente não sabe muito bem onde receber apoio às vezes e o apoio enquanto dúvidas e tudo aquilo, faz falta o apoio emocional”. Participante 5 – “...eu mudava o dreno sozinha, despejava, conforme me explicaram com a mão direita (...) quanto ao ensinamento aqui no hospital, durante a minha estadia aqui não me foi ensinado muita coisa”. Participante 6 – “...eu não conseguia essa extensão completa, então essa orientação toda foi dada... muito a gestão dos movimentos que eu poderia fazer em casa”.

TEMA: Qualidade dos Cuidados de Enfermagem		
Categoria	Subcategorias	Relatos/Depoimentos das Participantes do Estudo
Cuidados Relevantes de Enfermagem	Cuidados Individualizados	Participante 1 – “...até me mudaram a cama para o pé da casa de banho”. Participante 2 – “(...) realizamos os exercícios, em frente do espelho, como é que eu estava com o meu corpo. A posição do meu corpo”. Participante 4 – “...fui atendida pelas enfermeiras mais experientes e fiquei num quarto muito perto da receção, onde elas se encontram todas”. Participante 5 – “...depois foi a enfermeira que até me fez um daqueles corações especiais”.
	Prevenção e Controlo da Infecção	Participante 2 – “(...) não podia tomar banho, é óbvio, não podia molhar, o penso”. Participante 4 – “...é necessário tomar cuidado quando se faz a higiene é necessário limpar os drenos, verter o líquido, registar anotar, não tive dificuldades nesse aspeto”. Participante 5 – “...para me lavar, não molhasse a zona do penso”. Participante 6 – “(...) não deixar a água, molhar a parte da ferida, da cicatriz para garantir uma melhor assepsia”. Participante 7 – “...foi-me explicado para não tocar no penso, para não molhar”.
		Participante 1 – “... foi dito para fazer tal e qual como fazia aqui no hospital”. Participante 2 – “...fazia os exercícios que a enfermeira, também me ensinou, esses exercícios tipos de fisioterapia para fazer desta casa, isso fazia todos os dias”. Participante 3 – “...não me fizeram assim grande, faziam assim todos os dias um bocadinho”.

	Continuidade dos Cuidados	Participante 4 – “...agora que regressei efetivamente ao trabalho, senti que poderia ou deveria ter uma consulta, digamos, de acompanhamento agora”. Participante 5 – “...eu marquei a consulta, vim cá mas não havia vaga. Deram-me uma cartinha para eu fazer lá fora, a meu pedido”. Participante 6 – “...queria ter uma consulta de fisioterapia, mas mais para trocar uma ideia com a fisioterapeuta”. Participante 8 – “...quando ia à consulta de cirurgia e passava antes pela enfermagem, aí sim, elas iam-nos dizendo como é que se tratava do penso, dos movimentos que devia ir fazendo, essas coisas”.
Resposta às Necessidades	Olhar Clínico/Atenção Permanente e Cuidada	Participante 1 – “...a atenção, o cuidado dos enfermeiros para comigo e para com quem estava no mesmo quarto que eu assisti, foram sempre muito prontos, muito atentos”. Participante 2 – “...ficamos recolhidas num espaço mais recatado é melhor...de olhar mais focalizado numa própria”. Participante 3 – “...falava muito comigo, sentava-se sempre ali a conversar comigo, um bocadinho”. Participante 5 – “...eu também não deixei de sentir, quer dizer, o carinho e a disponibilidade de todas as equipas de enfermagem”. Participante 6 – “...fiquei no quarto com outras doentes, de outras cirurgias, de outros problemas, e o carinho é igual. A atenção é a mesma (...)”. Participante 8 – “...a parte de enfermagem, sempre estiveram disponíveis”.
		Participante 1 – “...não cheguei a fazer fisioterapia”. Participante 2 – “...sentir que a doente tem possibilidade de comunicar-se com o hospital, mas de uma maneira mais prática”. Participante 3 – “...a terapeuta e a enfermeira que estiveram mais comigo”.

	Articulação entre Profissionais	Participante 4 – “...teria sido útil fazer acompanhamento ainda cirurgia”. Participante 5 – “...o que eu acho que aqui deveria ter acontecido e não ter vindo da minha parte era o pedido da consulta da fisioterapia”, “também poderia haver o cuidado da parte da cirurgia para enviar para um sítio onde essa situação possa ser também... tornar mais suave, quando a identificação das necessidades se espera mais rigorosa e individualizada”. Participante 6 – “...eu perguntei ao doutor na questão de um acompanhamento de uma nutricionista. Eu acho que o que nos faz falta neste processo”. Participante 8 – “...entretanto também comecei a ter a consulta da dor e a ter uma medicação que me estabilizasse as dores”.
Segurança do Doente	Gestão e Segurança do doente	Participante 1 – “...facilitaram-me sim, para ter um espaço mais curto para poder ir à casa de banho com mais facilidade. Até me mudaram a cama para o pé da casa de banho”. Participante 2 – “...de alguma maneira sentir que vocês estão a tomar conta de nós”. Participante 4 – “...senti-me segura e senti-me confortável e senti que estava no sítio certo com as pessoas certas a olharem por mim, a tomarem conta de mim”. Participante 5 – “...eu senti segurança enquanto estava cá, no hospital (...) Essa segurança também transporte para casa”.
	Cuidados Prestados aos doentes	Participante 1 – “...não tive dificuldades nenhuma e acho que o serviço foi excepcional”. Participante 4 – “...é assim, a nível de tratamento superou as minhas expectativas. Fui muito bem tratada, muito, muito bem tratada, muito mesmo (...) é muito complicado de superar e nem todos os enfermeiros têm aquela, nem sei como dizer, os encantadores de veias”. Participante 5 – “...o cuidado com as pessoas foi tudo muito bom”.

Satisfação do doente		Participante 6 – “...muito, muito, muito espetacular, fui muito bem orientada. E nesse ponto é o que eu estava a dizer até na pasta de enfermagem, tudo são muito leves”. Participante 7 – “...é como digo, enfermeiros, auxiliares, médicos. Tudo foi impecável. Eu adorei o hospital”. Participante 8 – “...realmente não houve esse tipo de apoio não houve, não”.
	Formação e Educação dos Profissionais	Participante 1 – “...aqui deram-me as luzes”. Participante 2 – “...eu não tenho razão de queixa. Eles são amáveis, eu chamava e vinham logo (...) devia haver uma comunicação mais frequente, mais simples”. Participante 3 – “...as enfermeiras são muito amorosas, são muito delicadas”. Participante 4 – “...gostei muito deles. Davam aqueles carinhos à gente, a gente não tinha” Participante 6 – “...mas desse estímulo a fazer com que as pessoas voltassem à sua rotina normal que eu acho que no fundo é o que afeta mais a todos nós, doente”. Participante 7 – “(...) a enfermagem foi tudo impecável nesse aspeto ...para continuar sempre assim, que é muito bom. Porque eu não tenho razão de queixa da assistência”. Participante 8 – “...na pasta de enfermagem, tudo são muito leves. Eu senti um ambiente muito leve. no caso da fisioterapia e da nutrição, é uma crítica construtiva, claro, eu achava que podia ir um bocadinho mais além”.

APÊNDICE XI – Quadro Síntese de Análise das Entrevistas

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8
O Cuidado Sensível	Dificuldades da mulher Mastectomizada	Presença de Dor								
		Impacto do Cancro								
		Alteração da Auto-Imagem								
		Limitação Física e Complicações								
	Necessidades da Mulher após Cirurgia Mamária	Aprendizagem e Treino de Habilidades								
		Ensino e Informação em Folhetos								
		Família/Cuidador								
		Recursos (hospitais e/ou comunidade)								
Intervenções de Enfermagem	Orientações para o Autocuidado	Cuidados de Higiene								
		Vestir e Despir								
		Alimentar, Posicionar e Transferir								
		Reeducação Funcional								
		Cuidar da Casa								
	Sistematização dos Cuidados para a Alta	Organização e Uniformização dos Cuidados								
		Humanização dos Cuidados								
		Orientações para a alta								
Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Ações Relevantes	Cuidados Individualizados								
		Prevenção e Controlo da Infecção								
		Continuidade de Cuidados								
	Resposta às Necessidades	Olhar Clínico/Atenção permanente e cuidada								
		Articulação entre profissionais								
	Segurança do Doente	Gestão e Segurança do doente								
	Satisfação do Doente	Cuidados Prestados ao doente								
		Formação e Educação dos Profissionais								

APÊNDICE XII – Cronograma de Atividades - Final

CRONOGRAMA FINAL								
	Ano 2019	Ano 2020 (1º Trimestre)	Ano 2021		Ano 2022			
			1º Semestre	2º Semestre	Jan - Mar	Abr - Jun	Jul - Set	Out - Dez
Pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto	X	X						
Pedidos de Autorização ao CA, Diretor de Serviço e Enfermeira Gestora				X				
Pedido de Parecer à Comissão de Ética				X				
Aplicação de Pré-Teste					X			
Colheita de Dados						X		
Tratamento de Dados							X	
Análise de Dados							X	
Leitura e Revisão da Dissertação								X
Entrega da Dissertação								X

